



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Cancro do Colo do Útero Agir para Prevenir

Maria de Jesus Lúcio Pires

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Cancro do Colo do Útero

Agir para Prevenir

Maria de Jesus Lúcio Pires

Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

2014



“Quando amamos e acreditamos do fundo de nossa alma, em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza de que nada poderá vencer a nossa fé.

Esta força estranha faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nossos objetivos, ficamos surpresos com a nossa própria capacidade.”

Paulo Coelho, 2006

AGRADECIMENTOS

As minhas primeiras palavras de agradecimento são para Deus, o meu melhor amigo e conselheiro, o meu porto de abrigo. Sem a Sua luz, ter-me-ia perdido na escuridão.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, o meu sincero e profundo agradecimento, pelo apoio, compreensão, sabedoria, conhecimento transmitido e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada, sem a qual a concretização deste trabalho não teria sido possível.

À minha orientadora, Enfermeira Especialista Dina Pinto, estou grata pelo apoio, pela força, amizade e total disponibilidade ao longo desta jornada, por vezes difícil de percorrer.

À equipa de enfermagem da USF Sétima Colina, pela forma como me receberam, por todo o carinho, apoio e colaboração prestados durante este percurso. Obrigada!

À coordenadora da USF Sétima Colina, Dra. Isilda Rocha, pelo apoio e interesse demonstrado no desenvolvimento deste projeto, o meu muito Obrigada!

Aos meus pais, que estiveram sempre presentes nesta caminhada, quero expressar a minha eterna gratidão pela paciência, pela força e coragem que me incutiram nos momentos mais difíceis e angustiantes, fazendo-me acreditar que a concretização deste trabalho estava ao meu alcance. Obrigada por acreditarem em mim!

Quero também agradecer a todas as mulheres que aceitaram participar neste trabalho, sem a vossa colaboração não seria possível concretizar este projeto.

A todas as pessoas que de alguma maneira me ajudaram, colegas, amigos, familiares. Obrigada pelas palavras de incentivo, pela força e ânimo que me proporcionaram.

RESUMO

O cancro do colo do útero (CCU) constitui um importante problema de saúde da mulher, sendo atualmente, uma patologia que pode ser evitada e controlada, na medida em que se conhecem os fatores de risco. Neste sentido, são de extrema importância as estratégias de enfermagem no âmbito da prevenção primária e secundária do CCU, bem como as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) através de um processo de educação para a saúde (EpS).

O projeto de intervenção comunitária foi realizado no ACES Lisboa Central, na USF Sétima Colina, e teve como objetivo geral “promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF Sétima Colina, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU”. Seguiu-se a metodologia do Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993) e como referencial teórico recorreu-se à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1995). Para o diagnóstico de situação, aplicou-se um questionário para a colheita de dados, designado “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” (Vicente, 2006). Identificados os problemas, estes foram priorizados segundo a Grelha de Análise, tendo resultado como problemas prioritários: *deficit* de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU; *deficit* de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU (diagnóstico CIPE ® Versão 2).

As intervenções selecionadas ocorreram ao nível da prevenção primária, optando-se por uma estratégia de intervenção individual alicerçada na EpS, tendo em consideração os domínios de aprendizagem.

A avaliação de acordo com os indicadores de atividade, adesão e participação, sugere alterações significativas ao nível das cognições, o que nos leva a admitir futuros ganhos em saúde, na população abrangida.

Palavras-Chave: Cancro do colo do útero; Vírus do Papiloma Humano; Planeamento em Saúde; Autocuidado; Educação para a Saúde.

ABSTRACT

Cervix' cancer (cervical cancer) is a major health problem to women, currently being a condition that can be prevented and controlled, being known the risk factors. In this matter, are extremely important strategies of nursing in primary and secondary prevention of cervical cancer, as well as interventions on social determinants of health (SDH) through a process of health education (HE) .

The community intervention project was conducted in ACES Lisboa Central, USF Sétima Colina, and had as main objective to "promote self-care of women of age between 20 and 64 years, enrolled at USF Sétima Colina, to engage preventive conducts HPV and cervical cancer."It was followed the methodology of Planning in Health, according to Tavares (1990) and Imperatori and Giraldes (1993) as the theoretical framework and appealed to the Theory of Dorothea Orem Self Care (1995). For the diagnosis of the situation, we applied a questionnaire for data collection, named " Cancer of the cervix: knowledge and behavior " (Vicente, 2006). Identified the problems , these were prioritized according to the Grid Analysis and resulted as priority issues : deficit associated with the risk factors of cervical cancer knowledge , knowledge deficit related to the method of screening for cervical cancer (diagnosis ICNP ® Version 2) .

The selected interventions occurred at the level of primary prevention, choosing the strategy of individual intervention established in HE, considering the learning domains.

The evaluation according to indicators of activity, membership and participation, suggests significant level of cognitions, which leads us to admit future health gains, changes in the target population.

Keywords: Cervix Cancer; Human Papillomavirus; Health Planning; Self-care; Health Education.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 FOCO DE INTERVENÇÃO | 15 |
| 1.1 Justificação da temática | 16 |
| 1.2 O HPV e o cancro do colo do útero | 18 |
| 1.3 A prevenção do cancro do colo do útero | 20 |
| 2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 24 |
| 2.1 Modelo teórico norteador | 24 |
| 3 METODOLOGIA – PLANEAMENTO EM SAÚDE | 28 |
| 3.1 Diagnóstico da situação de saúde | 29 |
| 3.1.1 Questões éticas | 30 |
| 3.1.2 Contextualização do local de estágio | 31 |
| 3.1.3 Caracterização da população-alvo | 32 |
| 3.1.4 Instrumento de colheita de dados | 33 |
| 3.1.5 Análise dos dados e principais resultados | 34 |
| 3.1.6 Identificação dos problemas e formulação dos diagnósticos de enfermagem | 39 |
| 3.2 Definição de prioridades | 40 |
| 3.3 Fixação de objetivos | 41 |
| 3.4 Seleção de estratégias | 43 |
| 3.5 Preparação operacional – programação | 46 |
| 3.6 Avaliação | 51 |
| 4 LIMITAÇÕES DO PROJETO | 53 |
| 5 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA | 54 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 57 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |

ANEXOS

ANEXO I

Questionário “Câncer do colo do útero – conhecimentos e comportamentos”

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de estágio previsto e reformulado

APÊNDICE II

Autorização para aplicação do questionário

APÊNDICE III

Autorização para aplicação do questionário na USF Sétima Colina

APÊNDICE IV

Autorização para utilização do nome da unidade

APÊNDICE V

Declaração de consentimento informado do questionário

APÊNDICE VI

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra

APÊNDICE VII

Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos que já ouviram falar do CCU

APÊNDICE VIII

Gráfico 7 – Distribuição dos dados em relação aos fatores de risco

APÊNDICE IX

Gráfico 8 – Distribuição dos dados de acordo com a possibilidade de o CCU ter sintomas

APÊNDICE X

Gráfico 8.1 – Distribuição dos dados relativamente à sintomatologia do CCU

APÊNDICE XI

Gráfico 9 – Distribuição dos dados relativamente à possibilidade de o CCU ser causado por um vírus

APÊNDICE XII

Gráfico 9.1 – Distribuição dos dados relativamente à designação do vírus responsável pelo CCU

APÊNDICE XIII

Gráfico 10 – Distribuição dos dados relativamente ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU

APÊNDICE XIV

Gráfico 11 – Distribuição dos dados de acordo com a possibilidade da vacinação constituir uma das formas de prevenção do CCU

APÊNDICE XV

Gráfico 11.1 – Distribuição dos dados de acordo com a altura recomendada para a realização da vacinação preventiva do CCU

APÊNDICE XVI

Gráfico 12 – Distribuição dos dados relativamente à altura recomendada para o início do rastreio do CCU

APÊNDICE XVII

Gráfico 13 – Distribuição dos dados de acordo com a realização do exame preventivo do CCU

APÊNDICE XVIII

Gráfico 13.1 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade com que é feito o exame preventivo do CCU

APÊNDICE XIX

Gráfico 14 – Distribuição dos dados de acordo com a designação do exame de rastreio do CCU

APÊNDICE XX

Gráfico 15 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do CCU

APÊNDICE XXI

Gráfico 16 – Distribuição dos dados de acordo com a facilidade em obter informações acerca do CCU

APÊNDICE XXII

Gráfico 17 – Distribuição dos dados acerca da forma de obtenção de informação sobre o CCU

APÊNDICE XXIII

Gráfico 18 – Distribuição dos dados relativamente às consequências da deteção tardia do CCU

APÊNDICE XXIV

Gráfico 19 – Distribuição dos dados de acordo com a atitude da mulher perante uma infecção vaginal

APÊNDICE XXV

Gráfico 20 – Distribuição dos dados de acordo com as dúvidas que gostariam de ver esclarecidas sobre o CCU

APÊNDICE XXVI

Tabela 1 – Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

APÊNDICE XXVII

Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

APÊNDICE XXVIII

Plano operacional das atividades desenvolvidas

APÊNDICE XXIX

Plano das sessões individuais de EpS

APÊNDICE XXX

Folheto informativo sobre o CCU

APÊNDICE XXXI

Cartaz informativo para a população sobre o HPV e CCU

APÊNDICE XXXII

Cartaz de divulgação da ação de formação em serviço

APÊNDICE XXXIII

Plano da formação em serviço

APÊNDICE XXXIV

Diapositivos da ação de formação em serviço

APÊNDICE XXXV

Plano da sessão de grupo de EpS

APÊNDICE XXXVI

Diapositivos da sessão de grupo de EpS

APÊNDICE XXXVII

Avaliação das sessões individuais de EpS

APÊNDICE XXXVIII

Avaliação da ação de formação em serviço

APÊNDICE XXXIX

Avaliação da sessão de grupo

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Dimensões do questionário | 34 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CCU – Cancro do Colo do Útero

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EpS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDE – Hospital Dona Estefânia

HPV – Vírus do Papiloma Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PON – Plano Oncológico Nacional

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPCDO – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a 1ª linha relativamente à prevenção das doenças e promoção da saúde, através da implementação de estratégias potenciadoras de uma plena autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, sendo que “fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Este trabalho de projeto insere-se na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária.

A valorização profissional e pessoal baseada no pensamento crítico e reflexivo das práticas de enfermagem, é de primordial importância para a evolução das nossas práticas, levando a melhores níveis de saúde das populações e, consequentemente da sociedade e do país. Contudo, para que se desenvolvam competências, é necessário ter em consideração os cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências que para Benner (2001) vão de iniciado a perito.

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Sétima Colina, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central, entre Março de 2013 e Fevereiro de 2014 (APÊNDICE I) e teve como principal objetivo o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Considera-se o projeto como “um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa” (Tavares, 1990, p. 39). O presente projeto foi desenvolvido segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde e teve como referencial teórico norteador a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, pois a teoria “é um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática” (Tomey e Alligood, 2004, p. 7).

O cancro do colo do útero (CCU) é atualmente, uma patologia evitável, em que a evidência científica mostra que este tipo de cancro, pela multiplicidade de fatores

de risco que apresenta, pode ser controlado por estratégias preventivas onde se enquadram a vacinação, os rastreios e a educação para a saúde (EpS) através da transmissão de informação e conhecimento. Neste sentido, o objetivo do projeto é promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF Sétima Colina, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU.

O presente trabalho de projeto está estruturado em seis capítulos, em que no primeiro é feita referência ao foco de intervenção, à justificação da temática e é desenvolvido todo o enquadramento teórico relativo ao CCU. No segundo, é apresentado o modelo teórico que norteia o projeto. No terceiro capítulo, é relatada a metodologia do planeamento em saúde descrevendo todas as fases que o constituem, fazendo referência à contextualização do local de estágio, caracterização da população-alvo, instrumento de colheita de dados e a análise dos mesmos. Apresenta-se depois a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias e toda a preparação operacional-programação das atividades a desenvolver. Apresentam-se também as questões éticas inerentes ao desenvolvimento do projeto. Finalmente, é feita a avaliação das atividades desenvolvidas, de acordo com os indicadores de atividade, adesão e participação. No quarto capítulo referente às limitações do projeto, relatamos as principais dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento deste trabalho. No quinto capítulo, são retratadas as principais competências de enfermeiro especialista de saúde comunitária adquiridas, fazendo uma análise reflexiva do percurso académico desenvolvido. No sexto e último capítulo, apresentamos as considerações finais que refletem uma análise de todo o trabalho.

1 FOCO DE INTERVENÇÃO

O cancro do colo do útero (CCU) constitui um importante problema de saúde da mulher, constituindo o 7º tipo de cancro mais frequente na Europa e o 2º mais frequente nas mulheres entre os 15 e os 44 anos de idade (WHO/ICO, 2010). Segundo a mesma fonte, todos os anos são diagnosticados na Europa 54323 novos casos de CCU e destes, ocorrem 25102 mortes devido a esta patologia (WHO/ICO, 2010). O Plano de Ação 2012, emanado pela Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC) refere que “Portugal continua a ser dos países europeus com uma das mortalidades mais elevadas por cancro do colo (3,2 por 100 mil, contra 2,6 por 100 mil na U.E.)” (p. 47).

Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), estas são a “segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população” (PNPCDO, 2007, p.5).

O vírus do papiloma humano (HPV) é o precursor do CCU, cuja via de transmissão é a via sexual. De acordo com a World Health Organization (WHO) “sexual intercourse is the primary route of transmission of genital HPV infection (WHO/ICO, 2010, p. 50). Para que se desenvolva um CCU, é necessária a ocorrência de uma infeção persistente pelo vírus do papiloma humano (HPV), aspeto enfatizado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) na Reunião de Consenso Nacional sobre a Vacinação contra o HPV ao sublinhar que “não há possibilidade de desenvolver um CCU na ausência de uma infeção por HPV” (SPG, 2010, p. 4). A World Health Organization (WHO) destaca a importância para determinados fatores de risco associados à infeção por HPV para o aparecimento desta patologia ao reconhecer

HPV is a necessary cause of cervical cancer, but it is not a sufficient cause. Other cofactors are necessary for progression from cervical HPV infection to cancer. Tobacco smoking, parity, oral contraceptive use, and co-infection with HIV have been identified as established cofactors (WHO, 2010, p. 46).

Uma vez que os fatores de risco para o CCU estão identificados, é fundamental desenvolver estratégias de prevenção e educação para a saúde atuando sobre esses fatores determinantes, de modo a modificá-los prevenindo este tipo de cancro.

1.1 Justificação da temática

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a 1ª linha no que concerne à prevenção e promoção da saúde das pessoas/famílias/grupos/comunidades. A prevenção primária, é assim, a estratégia principal na erradicação do CCU, através de ações educativas, planeadas e adequadas, orientadas para as necessidades das mulheres e contextualizadas no ambiente social, cultural e económico em que os grupos/comunidades estão inseridos. Só um grupo ou uma comunidade bem informada e esclarecida sobre o CCU, suas causas e sintomas, fatores de risco e formas de prevenção, estará apto a compreender as necessidades de saúde e a participar de forma ativa e esclarecida na resolução de problemas na comunidade, exercendo o seu direito de cidadania. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 realça este aspeto ao referir que

a Cidadania em Saúde reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de *informação* e conhecimento (**literacia em saúde**), numa cultura de pro-atividade, compromisso e auto controlo do cidadão (**capacitação**), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (**participação ativa/empowerment**) (Plano Nacional de Saúde 2011-2016, p. 3).

Cada pessoa tem um projeto de saúde que pode confundir-se com o seu projeto de vida. Como tal, “o projeto de saúde (...) é uma intenção de promover a vida enquanto realização, o que supõe que nós queiramos ser cidadãos (...) que tenhamos um projeto de sociedade” (Honoré, 2002, p. 172). Para o mesmo autor “um projeto de saúde, é um projeto de modo de vida, um projeto de existência, é viver de acordo com um projeto” (Honoré, 2002, p. 172).

A EpS aplicada a esta temática, é a melhor estratégia para capacitar a mulher a cuidar da sua saúde, a tomar decisões esclarecidas e responsáveis, a saber o porquê das coisas, valorizando as potencialidades únicas de cada uma. Como tal, a EPS “deve integrar o processo de educação comunitária, na qual os profissionais de

saúde desempenham uma fatia do grande bolo educativo e não se devem assumir como únicos atores neste processo (Carvalho, 2006, p.20). Com efeito, a saúde não é só uma responsabilidade das instituições prestadoras destes cuidados específicos, mas requer também a participação de outros setores da sociedade, como sejam, instituições locais das comunidades ou outras mais abrangentes a nível nacional, ou mesmo, governamental. Os governos de cada nação têm assim, responsabilidade acrescida na saúde, bem-estar e justiça social, importante no crescimento e desenvolvimento económico. Este aspeto é reforçado na Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata (1978) ao definir os cuidados primários de saúde como “cuidados essenciais de saúde (...) Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade” (Declaração de Alma-Ata, 1978). De acordo com o mesmo documento, os cuidados de saúde primários

representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Os conceitos de cuidados de saúde primários e de promoção da saúde, apelam para a participação ativa e informada, individual e coletiva das pessoas na busca de respostas e de soluções para os problemas que as afetam, aspeto contemplado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (1986) ao definir promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Carta de Ottawa Para a Promoção da Saúde, 1986). Como tal, a responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária, é assim de grande relevância, dado que trabalham em grande proximidade com este grupo populacional específico, inseridos no seu ambiente e conhecendo as suas necessidades em saúde. Para além disso, possuem conhecimentos baseados na evidência científica que os coloca em posição privilegiada para intervir junto dos grupos e comunidades. Peixoto (2013) sublinha em relação a este aspeto

os Profissionais de Saúde, nomeadamente os Médicos e os Enfermeiros, constituem um dos grupos sociais com maior responsabilidade, competência e capacidade de intervenção ao nível da Promoção e da Educação para a Saúde, bem como da Prevenção da Doença, junto da comunidade onde exercem a sua atividade profissional (Peixoto, 2013, p. XVII).

Em relação às medidas de prevenção do CCU, salientam-se os rastreios, através da realização de citologia, ou teste de Papanicolau, a vacinação contra o vírus HPV e a informação à população vulnerável para esta patologia, sobre os fatores de risco, no sentido de levar à adoção de hábitos de vida saudáveis. A abordagem da atividade sexual, através da educação sobre práticas sexuais seguras, é um aspeto importante na prevenção da transmissão do vírus HPV, responsável pelo CCU.

1.2 O HPV e o cancro do colo do útero

O cancro do colo do útero constitui um problema de saúde da mulher, tanto em Portugal como no resto do mundo, causado por uma multiplicidade de fatores e com repercussões a vários níveis, quer físicos, emocionais, mentais e também económicos, que afeta não só a mulher mas também a família. Observando os dados estatísticos acerca do CCU da Organização Mundial de Saúde (OMS) verificamos que a nível mundial “current estimates indicate that every year 529,828 women are diagnosed with cervical câncer and 275,128 die from the disease.” (WHO/ICO, 2010). O mesmo documento faz referência a uma projeção do número de novos casos de CCU para 2025 segundo a qual se prevê que serão diagnosticados 720,060 novos casos e destes haverá 395,095 mortes (WHO/ICO, 2010).

O HPV é o vírus responsável pela patogénese do CCU. É também considerado o segundo carcinogénico mais importante (SPG, 2010, p. 3). A Direção Geral de Saúde (DGS) reconhece que

o HPV é responsável por um elevado número de infeções, que na maioria das vezes são assintomáticas e de regressão espontânea. Pode, no entanto, originar lesões benignas, como as verrugas anogenitais/condilomas acuminados e as lesões benignas da orofaringe, e, em

situações relativamente raras, pode evoluir para cancro, com destaque especial para o cancro do colo do útero (CCU) (DGS, 2008, p. 8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que “human papillomavirus (HPV) infection is now a well-established cause of cervical cancer and there is growing evidence of HPV being a relevant factor in other anogenital cancers (anus, vulva, vagina and penis) and head and neck cancers” (WHO, 2010). Relatando a Comissão Técnica de Vacinação da Direção Geral da Saúde no seu documento Vacinação Contra Infecções por Vírus do Papiloma Humano “o cancro do colo do útero, é a patologia mais relevante associada à infeção por HPV, especialmente quando não é detetado precocemente, evoluindo para formas invasivas (DGS, 2008, p. 8).

Estão identificados mais de 200 tipos de HPV, cujo potencial oncogénico difere, sendo classificados em vírus de baixo risco e de alto risco. Os cinco HPV de alto risco mais frequentes, 16, 18, 45, 31 e 33, são encontrados em 80% dos carcinomas do epitélio pavimentoso, designados por carcinomas pavimentocelulares, e em 94% dos carcinomas do epitélio glandular ou adenocarcinomas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) realça que “HPV types 16 and 18 are responsible for about 70% of all cervical cancer cases worldwide” (WHO, 2010). Em relação aos tipos de HPV de baixo risco estão associados ao desenvolvimento de verrugas genitais. A DGS evidencia que “em 90% destas situações são identificados os HPV 6 e 11” (DGS, 2008, p. 9) e ainda foram identificados alguns co-fatores que aumentam o risco de infeção persistente por HPV e a progressão para cancro “genótipo do vírus, sendo o HPV 16 e o 18 os que apresentam maior potencial oncogénico; co-infecção com vários genótipos de alto risco e carga viral elevada, indicador de replicação viral ativa” (DGS, 2008, p. 14).

Para além destes, foram identificados outros co-fatores de risco como “imunodeficiência, início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiros com múltiplos parceiros, multiparidade, predisposição genética, hábitos tabágicos, co-infecção com outros microrganismos de transmissão sexual principalmente vírus Herpes Simplex tipo 2 e Chlamydia trachomatis” (DGS, 2008, p. 14).

1.3 A prevenção do cancro do colo do útero

O CCU é uma das patologias que se pode prevenir, tendo em consideração a multiplicidade de fatores que interfere no seu desenvolvimento, relacionados com comportamentos e hábitos de vida. Os enfermeiros de cuidados de saúde primários, nomeadamente, os enfermeiros especialistas de Saúde Comunitária, são os que se encontram melhor posicionados para dotar as populações de conhecimentos fundamentados na evidência científica, fruto da sua formação especializada e da grande evolução da profissão de enfermagem nos últimos anos.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), define Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública como “o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais de saúde das comunidades” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2011, p. 4).

Assim, urge intervir na comunidade através de ações que tenham como pilar, a prevenção da saúde e a sua relação com os estilos de vida relacionados com a prevenção do HPV e do CCU. Os fatores relacionados com esta patologia resultam de comportamentos individuais, ambientais, culturais e sociais, que podem ser modificados pela alteração de hábitos de vida, atuando sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) com o objetivo de melhorar a saúde, contribuir para o bem-estar social e consequentemente, para o desenvolvimento económico.

Neste sentido, são de extrema relevância as estratégias de enfermagem no âmbito da prevenção primária e secundária do CCU, bem como as intervenções sobre os DSS através de um processo de EpS. Este exige a participação concertada dos profissionais de saúde, das populações, das comunidades e das diversas instituições autárquicas, políticas e governamentais. A este respeito, Carvalho (2006) evidencia que “esta participação comunitária é essencial para se atingirem ganhos em saúde. A saúde comunitária não é possível sem o envolvimento da

comunidade, sem este processo educativo” (Carvalho, 2006, p. 17). Um aspecto importante tem a ver com o papel do profissional de saúde enquanto educador que na opinião de Peixoto (2013) “terá que possuir conhecimentos científicos, embora as competências interpessoais sejam também relevantes para produzir no indivíduo a necessidade e a vontade de mudar comportamentos” (Peixoto, 2013, p. 43).

No que concerne às intervenções de enfermagem em CSP o enfermeiro pode desenvolver ações educativas no que ao CCU diz respeito, aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Para Stanhope e Lancaster, (2011) a prevenção primária “procura reduzir a incidência da doença evitando a sua ocorrência” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 920). Esta tem então como objetivo prevenir o desenvolvimento da doença em indivíduos saudáveis, atuando sobre os seus determinantes ou através da imunização. Neste sentido, para Peixoto, (2013) a prevenção primária “refere-se ao período anterior ao aparecimento do Cancro incluindo medidas de Promoção da Saúde e de redução da população à exposição a fatores de risco” (Peixoto, 2013, p. 12). Para a mesma autora “na prevenção do cancro é fundamental a informação à população sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a frequência com que se deve realizar os exames de vigilância médica” (Peixoto, 2013, p. 12).

A vacinação contra o HPV foi o maior avanço na prevenção primária do CCU. Segundo o Plano de Ação 2012 “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico” (Administração Regional de Saúde do Centro, 2012, p. 90).

Outra forma de combater as doenças é através da prevenção secundária que para Gordis, (2011) significa “a deteção precoce da doença existente para reduzir a gravidade e as complicações” (Gordis, 2011, p. 6). No mesmo sentido, Stanhope e Lancaster, (2011) enfatizam que “o objetivo da prevenção secundária é evitar a disseminação da infeção e/ou doença a partir do momento em que esta ocorre” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 920). Uma estratégia importante de prevenção secundária é a realização do rastreio que para Teixeira et al, (2002) consiste “num exame que permite identificar um problema potencial de saúde numa fase precoce,

numa altura em que pode ser mais prontamente tratável, ou em que é mais fácil lidar com as suas consequências” (Teixeira et al, 2002, p. 36).

O Manual Executivo do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte, 2010 salienta que

a existência de lesões pré-invasoras que precedem o aparecimento do cancro, por um período mais ou menos longo, juntamente com a disponibilidade de testes de rastreio para a identificação destas, permitem o seu diagnóstico e o seu tratamento prevenindo a evolução para cancro. Estes fatos tornam o cancro do colo do útero elegível para ser integrado em programas de rastreio (ARSN, 2010, p. 1).

O Plano Oncológico Nacional (PON) — 2001-2005 revela que “os programas de rastreio de cancro consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos selecionados da população saudável, com o objetivo de diminuir a incidência e a mortalidade” (PON 2001-2005).O mesmo documento destaca que

no rastreio de cancro do colo do útero, o teste a utilizar será a citologia cervical — teste de Papanicolau — com convite ao grupo etário dos 30 aos 60 anos (extensivo a grupos etários vizinhos, consoante os recursos disponíveis) e intervalo de rastreio de três anos — após dois exames anuais negativos(PON2001-2005).

O rastreio do CCU realizado através de citologia ou teste de Papanicolau, na opinião de Colaço, Martins e Ribeiro (2012), tem como objetivo “detetar as lesões precursoras do cancro cervical, permitindo o diagnóstico e orientação terapêutica correta, o que conduz à diminuição significativa da incidência e da mortalidade por cancro do colo do útero” (Colaço, Martins e Ribeiro, 2012, p. 81).

Em 1997 a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, contribuiu para uma reflexão sobre promoção da saúde, sobre os seus determinantes sociais e para a identificação de estratégias e ações a realizar para enfrentar os novos desafios que se colocam, no que concerne à promoção da saúde no século XXI. Um dos modelos particularmente importante, é o de Dahlgren e Whitehead que explica “como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais” (Comissão de

Determinantes Sociais da Saúde, 2005, p. 11). Na verdade, tem vindo a assistir-se de forma gradual, a uma mudança de paradigmas, do modelo biomédico, assente na doença e na forma de a curar, para o modelo salutogénico, mais virado para a manutenção da saúde e prevenção da doença.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 Modelo teórico norteador

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem é a base de sustentação para o desenvolvimento do presente projeto, pois são os constructos teóricos que orientam a prática, o ensino e a investigação em enfermagem, conferindo aos enfermeiros pensamento crítico e tomada de decisões baseadas na evidência científica. Tomey e Alligood (2004) consideram a teoria “um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática” (Tomey e Alligood, 2004, p. 7). Assim, para as mesmas autoras “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos (...) conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão” (Tomey e Alligood, 2004, p. 12).

A promoção do autocuidado é fundamental na prática dos enfermeiros de CSP, tendo como principal função potenciar a máxima autonomia ao indivíduo/família, capacitando-o para que tome a responsabilidade pelo seu processo de saúde. No entanto, torna-se necessário que o enfermeiro transmita ao indivíduo/família informações claras e compreensíveis sobre a forma de se proteger das doenças, de promover a saúde e o bem-estar, potenciando a autonomia.

O conceito de autocuidado é a pedra basilar da teoria de enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem (1985) que definiu como “the production of actions directed to self or to the environment in order to regulate one’s functioning in the interests of one’s life, integrated functioning, and well-being” (Orem, 1985, p. 31). Orem (1985) considera o indivíduo como um agente do autocuidado, que possui as competências necessárias para desenvolver ações para a manutenção da vida e promoção da saúde, ideia esta primordial em CSP, onde as intervenções de enfermagem se direcionam para a capacitação e empowerment do indivíduo, família e comunidade. Quando a capacidade de autocuidado fica diminuída, surge a necessidade de ajuda.

Na perspetiva de Orem, a enfermagem surge para compensar o défice de autocuidado quando este está diminuído, sendo que “adults voluntarily care for

themselves. Infants, children, the aged, the ill and the disabled require complete care or assistance with self-care activities” (Orem, 1985, p. 84). Parafraseando a teórica supracitada relativamente à prática de enfermagem “nursing in every instance of its practice is action deliberately performed by some members of a social group to bring about events and results that benefit others in specified ways” (Orem, 1985, p. 10). A teoria do déficit de autocuidado de Orem é constituída por três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

Na teoria do autocuidado Orem parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de cuidar de si próprio, sendo o que ela denomina de agente de autocuidado que possui conhecimentos, habilidades e experiência adquirida ao longo da vida. Por outro lado, quando o indivíduo necessita de ajuda de outras pessoas para realizar as atividades de autocuidado passa a designar-se de agente dependente de cuidados e se as mesmas forem prestadas por enfermeiros, o indivíduo é considerado um agente de autocuidado terapêutico.

Um importante conceito desenvolvido por Orem é o de requisito de autocuidado que apresenta três categorias: requisitos universais de autocuidado que estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; requisitos de autocuidado de desenvolvimento relacionados com as etapas do ciclo de vida como por exemplo, a infância, a adolescência, a idade adulta e todos os eventos a elas associados (adaptação à gravidez e paternidade, à vida conjugal, a um novo emprego, etc.) e por último, os requisitos de autocuidado no desvio de saúde relacionados com os processos de doença, como o surgimento de uma determinada patologia ou intervenções médicas e tratamentos.

A teoria do déficit de autocuidado “exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem” (Petronilho, 2012, p. 24). A ideia central desta teoria é a de que as necessidades de autocuidado estão relacionadas com a subjetividade do amadurecimento das pessoas no que concerne às limitações da ação de autocuidado e sua influência na saúde, sendo que “estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de saber as condições existentes

ou emergentes para o cuidado regulador de si próprias ou dos seus dependentes” (Tomey e Alligood, 2004, p. 217).

Dorothea Orem descreve cinco métodos de ajuda que na sua perspetiva “have been developed and used by social group members in their efforts to help one another” (Orem, 1985, p. 136). Assim, os métodos de ajuda são “atuar por ou fazer por outrem; orientar ou dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; ensinar” (Tomey e Alligood, 2004, p. 216).

A teoria dos sistemas de enfermagem que segundo Orem, (1985) “delineates the structuring of the elements in nursing situations. These elements include social positions and roles, role relationships, the individuals involved, and technological elements (Orem, 1985, p. 149), é constituída por três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio – educação. O sistema totalmente compensatório diz respeito “às situações em que o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar” (Petronilho, 2012, p. 26).

No sistema parcialmente compensatório “both nurse and patient engage in meeting self-care needs” (Meleis, 2012, p. 209). Relativamente a este sistema, Petronilho, (2012) considera que “o cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelo indivíduo, no entanto, a função deste é compensar as limitações do indivíduo, e a sua ação profissional passa por realizar algumas tarefas de autocuidado” (Petronilho, 2012, p. 27). O sistema de apoio – educação “is for situations where the patient is able to perform or can and should learn to perform required measures of externally or internally oriented therapeutic self-care but cannot do so without assistance” (Orem, 1985, p. 156).

Na opinião de Petronilho, (2012) “estratégias sólidas para ajudar nestas situações incluem combinações de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem” (Petronilho, 2012, p. 27). No sistema apoio – educação, o enfermeiro não substitui o indivíduo nas atividades de autocuidado, mas

ajuda-o e orienta-o através de intervenções facilitadoras de aprendizagens conducentes a uma plena autonomia.

3 METODOLOGIA – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde. A implementação de estratégias adequadas e eficazes no campo da saúde, que tenham como finalidade, a mudança do nível de saúde de um grupo ou comunidade para outro mais elevado, obtendo ganhos em saúde, só será possível através do conhecimento da metodologia do planeamento em saúde, e também tendo em consideração os fatores determinantes da mesma.

Neste sentido, Tavares, (1990), defende que “o Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p. 37).

No que concerne aos fatores que determinam a saúde, Imperatori & Giraldes, (1993), consideram que “o planeamento da saúde é indissociável dos fatores que condicionam a mesma: biológicos endógenos, ambiente, hábitos de vida e sistema de cuidados” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21). Para Tavares, (1990) “em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas (Tavares, 1990, p. 29). Esta ideia é corroborada por Imperatori & Giraldes, (1993), ao definirem planeamento da saúde “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23).

Para que se consigam concretizar projetos eficazes e exequíveis em saúde, é fundamental possuir conhecimentos sobre as diversas etapas do planeamento em saúde, pois esse conhecimento na opinião de Tavares, (1990) “é assim facilitador de corretas intervenções nesta área, permitindo a elaboração de eficientes projetos, quer vocacionados para problemas de saúde (...) quer para problemas dos serviços” (Tavares, 1990, p. 38).

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, pelo conhecimento que detêm dos principais problemas que afetam a saúde e bem-estar das famílias/grupos/comunidades, e pelo mandato social que a profissão lhes confere, são detentores de responsabilidade acrescida na elaboração de projetos no campo da saúde e de intervenção nas políticas com ela relacionadas.

No entanto, o desenvolvimento destes projetos torna-se difícil e tortuoso, sendo para Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993) um processo constituído pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional - programação e avaliação (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 Diagnóstico da situação de saúde

O diagnóstico da situação de saúde “constitui a primeira etapa do planeamento, relacionando-se diretamente com a fase seguinte – a escolha de prioridades – e com a fase final – a avaliação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 44). Além do mais, “deverá corresponder às necessidades de saúde da população” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 45). Na mesma linha de pensamento, Tavares, (1990) enfatiza que

a concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano, do Programa, do Projeto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de Saúde ou para a otimização ou aumento da eficiência dos Serviços prestadores de cuidados (Tavares, 1990, p. 51).

O diagnóstico da situação de saúde apresenta algumas características, que para Tavares, (1990) são as seguintes: “ser suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido; suficientemente claro; corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990, p. 53).

Para o desenvolvimento deste projeto, procedeu-se à escolha da população, constituída por 8238 utentes do sexo feminino, inscritas na USF Sétima Colina.

Tendo em consideração o grupo etário, selecionaram-se as utentes com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, fixando-se a população em 4408 utentes.

Para esta fase do projeto, definiu-se como objetivo geral “contribuir para a prevenção do CCU nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos inscritas na USF Sétima Colina” e como objetivos específicos i) determinar os conhecimentos das mulheres sobre o CCU e ii) identificar os comportamentos em saúde relacionados com o CCU.

3.1.1 Questões éticas

A Enfermagem, como ciência do cuidar da Pessoa inserida numa família/grupo/comunidade, rege-se por princípios fundamentais que têm em consideração o respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pela realização dos projetos de saúde que cada ser humano ambiciona.

No âmbito dos cuidados de saúde, Thompson, Melia, Boyd, (2004), defendem que “o respeito pelas pessoas significa (...) respeitar a autonomia dos indivíduos e proteger os que sofrem perda de autonomia devido a doença, incapacidade ou problemas mentais, significa trabalhar no sentido de restabelecer a autonomia naqueles que a perderam” (Thompson, Melia, Boyd, 2004, p. 21). O conceito de pessoa definida como “um indivíduo que é detentor de direitos e de responsabilidades” (Thompson, Melia, Boyd, 2004, p. 18) é fundamental para a prática de enfermagem. Os mesmos autores salientam que

o respeito pela pessoa funciona portanto como um princípio regulador para a nossa conduta ética uma vez que exige da nossa parte, na nossa prática quotidiana, respeito pelos direitos dos outros e obriga a evitar a exploração ou o abuso das pessoas (Thompson, Melia, Boyd, 2004, p. 18).

O princípio da dignidade humana está expresso no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) no Artigo 78º “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (CDE, 2005, p. 59). Estes princípios éticos e deontológicos estão também consagrados no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

(REPE), pelo que a prática profissional de Enfermagem deve-se nortear por estes mesmos princípios como estruturantes essenciais da profissão.

Como em qualquer investigação aplicada aos seres humanos, foram tidos em conta todos os princípios éticos, tendo em consideração os seguintes aspetos:

- Solicitação de autorização à autora do questionário para a sua aplicação (APÊNDICE II);
- Solicitação de autorização à coordenadora da USF Sétima Colina para aplicação do questionário (APÊNDICE III);
- Solicitação de autorização à coordenadora da USF Sétima Colina para a utilização do nome da unidade no projeto (APÊNDICE IV);
- Assinatura do formulário de consentimento livre e esclarecido, por parte das participantes, fazendo previamente a apresentação da mestranda, a finalidade e os objetivos do trabalho de investigação, realçando também o cariz confidencial, anónimo e voluntário do questionário (APÊNDICE V).

Este requisito é fundamental na conduta ética de qualquer investigação, dado que “o consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário que dá” (Fortin, 2003, p. 121). Por outro lado, o consentimento é livre “se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais” (Fortin, 2003, p. 120).

3.1.2 Contextualização do local de estágio

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no ACES Lisboa Central que é composto pelos Centros de Saúde (CS) da Alameda, Coração de Jesus (UCSP Duque de Loulé), Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Penha de França, S. João, São Mamede e Santa Isabel e Olivais, abrangendo 36 freguesias.

A população inscrita no ACES Lisboa Central é de 247964 utentes que tem como hospital de referência o Hospital Dona Estefânia (HDE), integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).

O projeto foi implementado na USF Sétima Colina que abrange as freguesias da Pena, Anjos e Penha de França, com um total de 27034 habitantes, segundo os Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística INE, 2011). A USF Sétima Colina tinha em Abril de 2013 14890 utentes inscritos, dos quais 6652 eram do género masculino (44,67%) e 8238 do género feminino (55,33%), segundo dados obtidos através do Programa SINUS.

3.1.3 Caraterização da população-alvo

Um trabalho de investigação requer a definição da população que para Fortin, (2003) é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham caraterísticas comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 2003, p. 202). Assim, a população-alvo foi constituída pelas utentes do sexo feminino inscritas na USF Sétima Colina com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, num total de 4408 utentes.

A amostra foi constituída por 144 utentes que foram seleccionadas tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão que “funcionam como guias importantes para a escolha possível do elemento de amostragem” (Fortin, 2003). Como tal, definiram-se como critérios de inclusão: estar inscrita na USF Sétima Colina, ter entre 20 e 64 anos de idade, não ter patologia do colo do útero, não ter realizado histerectomia e aceitar participar no projeto. Relativamente aos critérios de exclusão foram definidos os seguintes: utentes que já tiveram ou estão em fase de tratamento por patologia do colo do útero, utentes histerectomizadas, utentes que possuam incapacidade física e/ou mental e que não aceitem responder ao questionário. Para a concretização do projeto, optou-se pela amostra não probabilística accidental, dado que se pretendia incluir no estudo o maior número possível de utentes, pois a amostra accidental “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 2003, p. 208).

Assim, as utentes foram seleccionadas por contato direto à medida que se apresentavam na unidade, desde que correspondessem aos critérios previamente definidos e aceitassem participar no estudo, após cumpridas as questões éticas necessárias.

3.1.4 Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de dados recorreu-se ao inquérito por questionário, já validado, que permite obter informações acerca dos conhecimentos e comportamentos da população sobre o CCU (ANEXO I). Optou-se por este instrumento porque como salienta Fortin, 2003,

é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos (...) é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (Fortin, 2003, p. 249).

Foi solicitada à sua autora, autorização para a aplicação do questionário, bem como à coordenadora da USF Sétima Colina para a sua aplicação na referida Unidade.

O questionário “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos”, utilizado no âmbito de mestrado em Saúde e Desenvolvimento, é composto por duas partes, sendo a primeira correspondente à caracterização sociodemográfica das mulheres, da qual fazem parte as variáveis idade, habilitações literárias, profissão, estado civil e número de filhos e a segunda parte, constituída por 19 questões simples e fechadas que abrangem as seguintes dimensões: conceito de CCU (dimensão 1); fatores de risco (dimensão 2); sintomatologia (dimensão 3); causas do CCU (dimensão 4); diagnóstico (dimensão 5); medidas de prevenção (dimensão 6); qual o tipo de exame de rastreio, início e regularidade de realização (dimensão 7); forma de obtenção de informação acerca do CCU (dimensão 8); comportamento da mulher perante uma infeção vaginal (dimensão 9); dúvidas que a mulher gostaria de esclarecer sobre o CCU (dimensão 10).

Quadro 1 - Dimensões do questionário

| DIMENSÕES | ITENS DO QUESTIONÁRIO |
|--|-----------------------|
| Conceito do CCU | 6 |
| Fatores de risco | 7 |
| Sintomatologia | 8, 8.1 |
| Causas do CCU | 9, 9.1, 18 |
| Diagnóstico | 10 |
| Medidas de prevenção | 11, 11.1 |
| Rastreio do CCU | 12, 13, 13.1, 14, 15 |
| Obtenção de informação sobre o CCU | 16, 17 |
| Comportamento face a uma infeção vaginal | 19 |
| Dúvidas que gostaria de esclarecer sobre o CCU | 20 |

O questionário foi aplicado entre 6 e 20 de Maio de 2013, num total de 144. Os sujeitos da amostra foram abordados pessoalmente pela mestranda, tendo sido explicado o conteúdo do questionário, os objetivos do estudo e solicitado o consentimento informado, após leitura do respetivo formulário e assinatura do mesmo pelos sujeitos.

3.1.5 Análise dos dados e principais resultados

Os dados foram analisados utilizando o programa informático Microsoft Excel versão 2007. A amostra recolhida na USF Sétima Colina foi de 144 utentes, **cuj**a **caraterização sociodemográfica**, nos é apresentada no **quadro2** (APÊNDICE VI) onde constam os dados referentes às primeiras cinco questões do questionário.

Pela análise do referido quadro, verifica-se que em relação à **idade**, o grupo etário dos 30-34 anos é constituído por 27 sujeitos (18,8%), seguido pelos grupos etários de 35-39 anos e 40-44 anos com 25 sujeitos, correspondentes a 17,4% respetivamente. O grupo etário dos 45-49 anos com 21 sujeitos (14,6%) encontra-se imediatamente a seguir, sendo que os grupos etários dos 25-29 anos com 14

sujeitos (9,7%), 20-24 anos com 11 sujeitos (7,6%), 55-59 anos com 10 sujeitos (6,9%) e 50-54 anos com 6 sujeitos (4,2%) ocupam as posições seguintes. Por fim, aparece o grupo etário dos 60-64 anos com apenas 5 sujeitos (3,5%).

Observamos que em relação às **habilitações literárias**, 72 sujeitos têm o ensino secundário (50%), 34 sujeitos possuem uma licenciatura (23,6%), seguidos de 15 sujeitos com o 2º ciclo (10,4%), 12 com o 1º ciclo (8,3%), 8 com mestrado (5,6%), 2 com bacharelato (1,4%) e 1 (0,7%) com doutoramento.

Relativamente à **profissão** conclui-se que a amostra apresenta uma grande diversidade, com destaque para os sujeitos desempregados com 15,3%, que corresponde a 22. Os sujeitos que referiram ter como profissão “doméstica” são 12 (8,3%), logo seguidos pelos administrativos que são 11 (7,6%), 10 professores (6,9%), 9 empregados de mesa/balcão (6,3%), 7 com a profissão de secretária (4,9%), 4 estudantes (2,8%). As profissões designadas por ajudante de ação direta, psicóloga, enfermeira e cabeleireira vêm a seguir com 3 sujeito cada (2,1%). Finalmente, temos um grupo que designámos por “Outras” com 57 sujeitos (39,6%) onde englobámos profissões diversas como gerente de loja, ama, entre outras.

Em relação ao **estado civil** constata-se que 59 sujeitos (41,0%) são casados, 47 (32,6%) são solteiros, 17 (11,8%) estão em união de fato, 16 (11,1%) são divorciados e 5 (3,5%) são viúvos.

Quanto ao **número de filhos**, verifica-se que 49 sujeitos (34,0%) têm 2 filhos, 48 sujeitos (33,3%) têm 1 filho, 34 sujeitos (23,6%) responderam que não têm filhos, 8 sujeitos (5,6%) têm 3 filhos e 5 sujeitos (3,5%) têm 4 filhos.

Analisando as restantes dimensões do questionário em relação aos **conhecimentos e comportamentos**, constata-se no **gráfico 6** (APÊNDICE VII) que 138 sujeitos (95,8%) responderam já ter ouvido falar de CCU, 3 (2,1%) responderam nunca ter ouvido falar e 3 sujeitos (2,1%) não responderam a esta questão.

Em relação aos **fatores de risco** para o CCU, como se pode observar no **gráfico 7** (APÊNDICE VIII), 88 sujeitos (52,1%) responderam que os múltiplos parceiros sexuais constituem um fator de risco, contudo 66 participantes (39,1%) responderam que é a idade, 6 utentes (3,6%) acham que a falta de exercício físico é

fator de risco, 4 sujeitos (2,4%) responderam “ausência de atividade sexual” e 5 sujeitos (3,0%) não responderam. Relativamente aos **sintomas** que podem ser manifestados, verificamos pela análise do **gráfico 8** (APÊNDICE IX) que 109 participantes (75,7%) responderam afirmativamente, enquanto 30 (20,8%) responderam “não” e 5 (3,5%) não responderam.

No que concerne à **sintomatologia** do CCU, pode verificar-se pela análise do **gráfico 8.1** (APÊNDICE X) que 93 sujeitos (60,0%) responderam corretamente a esta questão. Contrariamente, 24 sujeitos (15,5%) referem que a ausência de menstruação constitui um sintoma para esta doença, 20 participantes (12,9%) consideram a ardência, enquanto 17 sujeitos (11,0%) aceitam a infeção urinária como possível sintoma do CCU. Um dos utentes (0,6%) não respondeu.

Pela análise do **gráfico 9** (APÊNDICE XI), correspondente à **etiologia vírica** do CCU, pode verificar-se que 103 sujeitos (71,5%) responderam corretamente, no entanto 35 (24,3%) desconhecem a etiologia viral do CCU e 6 participantes (4,2%) não responderam.

Pela análise do **gráfico 9.1** (Apêndice XII), relativo à **designação do vírus responsável pelo CCU**, verifica-se que 92 dos sujeitos da amostra (80,7%) mencionaram o HPV como o vírus responsável, enquanto 8 sujeitos (7,0%) referem a Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) como principal causador da doença. Para 7 participantes (6,1%) o herpes é o agente responsável e 3 sujeitos (2,6%) apontam a opção “hepatite”. Quatro sujeitos (3,5%) não responderam.

Pela análise do **gráfico 10** (APÊNDICE XIII) relativo ao **diagnóstico do CCU**, depreende-se que 102 sujeitos (55,4%) afirmam que o HPV é diagnosticado através da citologia. A ecografia pélvica é aceite por 40 sujeitos (21,7%) como meio de diagnóstico, bem como as análises ao sangue, consideradas por 22 sujeitos (12,0%). Relativamente às restantes opções, surgem as análises à urina como método possível de diagnóstico deste vírus com 9 participantes (4,9%), seguida pela opção “Radiografia” aceite por 5 sujeitos (2,7%). Não responderam a esta questão 6 sujeitos (3,3%). Os resultados obtidos nesta questão revelam haver grande desconhecimento em relação ao método de diagnóstico do vírus HPV.

Quanto à **prevenção do CCU**, pode concluir-se pela análise do **gráfico 11** (APÊNDICE XIV) que 125 (86,8%) dos sujeitos afirmaram que a vacinação é uma das formas de prevenir o seu aparecimento, 15 (10,4%) responderam negativamente e 4 (2,8%) não responderam.

Através da análise do **gráfico 11.1** (APÊNDICE XV), relacionado com **a altura recomendada para a realização da vacinação preventiva do CCU**, os sujeitos, num total de 84 (60,9%) referem que a altura recomendada para a realização da vacinação é antes do início da atividade sexual, 35 sujeitos (25,4%) respondem que pode ser em qualquer idade e 11 (8,0%) acredita que se pode realizar após o início da atividade sexual. No entanto, a opção “Depois da menopausa” foi referida por 3 sujeitos (2,2%). Verificou-se também que 5 sujeitos (3,6%) não responderam.

Em relação à recomendação para **iniciar o rastreio do CCU**, verifica-se pela análise do **gráfico 12** (APÊNDICE XVI) que 68 (44,2%) dos sujeitos da amostra, afirmaram que o rastreio do CCU deverá ser realizado após o início da atividade sexual. Por outro lado, 39 (25,3%) dos sujeitos acreditam que a melhor altura é antes do início da atividade sexual. Para 33 (21,4%) dos sujeitos da amostra, a altura recomendada é depois dos 18 anos, e finalmente, 7 (4,5%) dos sujeitos refere que o rastreio se pode realizar na menopausa. Verifica-se também que 7 (4,5%) dos sujeitos não respondeu.

Como mostra o **gráfico 13** (APÊNDICE XVII) relativo à **realização do exame preventivo do CCU**, 105 (72,9%) dos sujeitos afirmam já ter realizado este exame, enquanto 39 (27,1%) dos sujeitos referem nunca o ter realizado.

Analisando o **gráfico 13.1** (APÊNDICE XVIII) que pretende avaliar a **regularidade com que os sujeitos da amostra realizam o exame preventivo do CCU**, pode ver-se que 54 (50,5%) dos sujeitos afirmam realizá-lo uma vez por ano, enquanto 35 (32,7%) o fazem de 2 em 2 anos. Inversamente, 8 (7,5%) dos sujeitos da amostra fazem-no com intervalos de 3 anos, sendo que 4 (3,7%) dos participantes responderam fazê-lo com intervalo de 5 a 10 anos. Não responderam a esta questão 6 (5,6%) dos sujeitos.

Analisando o **gráfico 14** (APÊNDICE XIX) referente à **designação do exame de rastreio do CCU**, depreende-se que grande parte dos sujeitos da amostra, 118 (80,8%) conhece a sua designação, ao contrário de 19 (13,0%) dos sujeitos que referem ser a cistoscopia o nome dado ao mesmo. A prova de Mantoux é referida por 4 (2,7%) sujeitos enquanto 5 (3,4%) não respondem.

Em relação à **regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do CCU**, pode ver-se pela análise do **gráfico 15** (APÊNDICE XX) que 69,2% da amostra, correspondentes a 101 sujeitos, referem a realização anual deste exame como recomendada. Para 26,0%, ou seja, 38 sujeitos, a realização a intervalos de 2 anos é a mais apropriada. A opção “Não necessita de repetição” é referida por 1 sujeito da amostra enquanto a opção “De 5 a 10 anos” não obtém qualquer resposta. Há a referir que 6 sujeitos (4,1%) não assinalaram qualquer opção.

Relativo à **opinião dos sujeitos sobre a obtenção de informações acerca do CCU**, verifica-se pelos dados obtidos no **gráfico 16** (APÊNDICE XXI) que 74,8% que corresponde a 104 sujeitos, considera ser fácil obter informação. No entanto, 25,2% correspondente a 35 sujeitos da amostra, considera não ser fácil a obtenção dessa mesma informação e 3,6% referente a 5 sujeitos não manifesta opinião.

Relacionado com a **forma de obtenção de informação sobre o CCU** podemos ver que o **gráfico 17** (APÊNDICE XXII) revela que 37,2% que corresponde a 68 sujeitos da amostra, obtiveram informação através dos meios de comunicação, seguida de 31,1%, ou seja, 57 sujeitos que mencionam o Centro de Saúde/Planeamento Familiar como fonte de aquisição de informação acerca desta doença. Para 30,1% correspondente a 55 sujeitos foi através do ginecologista que se fez a obtenção da informação enquanto 1,6% que representa 3 sujeitos não manifestaram opinião.

Pela análise do **gráfico 18** (APÊNDICE XXIII) relacionado com as **consequências da deteção tardia do CCU**, verifica-se que 97,2% referente a 140 sujeitos da amostra concorda com a possibilidade desta doença poder provocar a morte. Para 1 sujeito (0,7%) o desconforto passageiro pode ser a consequência da

deteção em fase avançada desta patologia. A opção “É inofensivo” não é considerada enquanto 3 sujeitos (2,1%) não assinalam nenhuma das opções.

Em relação ao **gráfico 19** (APÊNDICE XXIV) relativo à **atitude da mulher perante uma infeção vaginal**, denota-se que 84,0% representativo de 131 sujeitos recorre a um profissional de saúde, 11,5% referente a 18 sujeitos procura resposta na medicina natural e 1,9%, ou seja, 3 sujeitos mencionam a opção “Aguardo que a infeção se resolva espontaneamente”. Houve 4 sujeitos (2,6%) que não responderam a esta questão.

Relativamente às **dúvidas que os sujeitos da amostra gostariam de ver esclarecidas sobre o CCU**, observa-se pela análise do **gráfico 20** (APÊNDICE XXV) que 108 sujeitos (33,2%) evidenciam gostar de ser esclarecidos sobre os sinais e sintomas desta doença. Além destes, 92 sujeitos (28,3%) referem gostar de ver esclarecidas as dúvidas sobre as formas de prevenção, as causas desta doença surgem imediatamente a seguir com 70 sujeitos (21,5%). Os exames de diagnóstico são identificados como possíveis dúvidas a necessitar de esclarecimento por 55 sujeitos, ou seja, 16,9% da amostra.

3.1.6 Identificação dos problemas e formulação dos diagnósticos de enfermagem

Após a análise dos resultados, e tendo como guia orientador a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, podemos considerar os seguintes problemas nesta população, utilizando a linguagem CIPE® Versão2 (2011):

- Défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU;
- Défice de conhecimentos relacionado com a sintomatologia associada ao CCU;
- Défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU.

Após a identificação dos problemas de saúde da população, formulou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem, utilizando a taxonomia da CIPE® Versão2:

- Autocuidado diminuído por parte da população, relacionado com o défice de conhecimentos acerca dos fatores de risco, sintomatologia e método de rastreio do CCU.

3.2 Definição de prioridades

No planeamento em saúde, a definição de prioridades é a segunda etapa deste processo, sendo considerado um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990) condicionado pela etapa anterior – o diagnóstico da situação – que determinará a etapa seguinte, ou seja, a fixação dos objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a priorização dos problemas encontrados na fase anterior, optou-se pela **grelha de análise** considerada “um procedimento semiquantitativo que permite ordenar problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 74). Deste modo, para a transcendência que Imperatori & Giraldes (1993) denominam “como importância segundo grupos etários” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65) recorreu-se aos resultados obtidos através da aplicação dos questionários para determinar a importância do problema segundo os mesmos. No critério relação problema/fatores de risco, tivemos em linha de conta os dados dos questionários sobre os conhecimentos e comportamentos e os possíveis comportamentos de risco da população no que diz respeito à temática do CCU.

Estando a vulnerabilidade relacionada com a possibilidade de prevenção, avaliou-se este critério para os problemas encontrados, pois na opinião de Imperatori & Giraldes (1993), “a vulnerabilidade é fundamental, dado que o processo de planeamento-programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.66). Em relação à exequibilidade, levou-se em linha de conta, não só o recurso temporal previsto para aplicação de estratégias, mas também as habilidades académicas e profissionais da mestranda, no que concerne às intervenções de enfermagem para os problemas encontrados. Deste modo, pela observação da **tabela 1** (APÊNDICE XXVI) verificou-se que os

problemas 1 e 3 são considerados prioritários, sendo por isso suscetíveis de intervenções de enfermagem.

Considerando o modelo teórico norteador e os problemas de saúde encontrados nesta população, é de ressaltar a falta de conhecimentos da mesma sobre o CCU e as formas de prevenção, que podem estar na base de eventuais comportamentos de risco para a saúde da mulher.

Na sua teoria do autocuidado, Orem defende que a enfermagem surge para ajudar o indivíduo nas atividades de autocuidado que ele não consegue realizar sozinho. No entanto, o papel do enfermeiro não é o de substituto do indivíduo, mas sim de educador através da implementação de estratégias que tenham como objetivo levar o indivíduo a alcançar a máxima autonomia. Nesta linha, devemos ter em consideração a Teoria dos Sistemas dado que tem em conta a articulação entre o enfermeiro e o indivíduo/família na realização do autocuidado, ou seja, baseia-se no grau de dependência e na sua capacidade de desempenho das atividades do autocuidado.

O Sistema de Apoio – Educação é o que melhor se adequa para colmatar os défices de conhecimento encontrados, na medida em que o indivíduo é capaz de se autocuidar mas precisa de apoio, orientação e conhecimento que lhe será transmitido pelo enfermeiro através de estratégias promotoras do autocuidado. O indivíduo é assim envolvido no seu próprio processo de saúde, tornando-se no “agente de autocuidado” rumo à autonomia.

3.3 Fixação de objetivos

Na metodologia do planeamento em saúde, a etapa seguinte é a fixação de objetivos, considerada fundamental dado que “apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77).

Para os mesmos autores, há ainda quatro aspetos principais a considerar nesta etapa: a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários; a

determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Assim, um objetivo deve ser entendido como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79). Outro aspecto importante a ter em conta na formulação dos objetivos é o de serem “geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, relativamente à população-alvo” (Tavares, 1990, p. 115).

Considerando a temática em causa e os problemas priorizados na etapa anterior, definimos como objetivo geral:

- Promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF Sétima Colina, no período compreendido entre Outubro de 2013 e Fevereiro de 2014, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU.

Para além do objetivo geral, que como o nome indica se refere a uma determinada situação em termos gerais, é necessário formular objetivos específicos que dão ênfase a aspetos particulares e detalhados dessa situação. Tavares (1990) reforça este aspeto ao afirmar que os objetivos “devem ser interdependentes e sequenciais” e que “uma boa hierarquização dos objetivos integra a formulação de objetivos gerais e de objetivos específicos” (Tavares, 1990, p. 117). Citando o mesmo autor, “os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja atingido” (Tavares, 1990, p. 119).

Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver os conhecimentos da população sobre o HPV e a relação com o CCU;
- Consciencializar a população para os fatores de risco do HPV e CCU;

- Sensibilizar a população para a importância da realização do rastreio do CCU;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem da USF Sétima Colina para a temática do CCU.

Os objetivos operacionais ou metas definidos por Imperatori & Giraldes, (1993) como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80), são igualmente de grande importância, sendo na opinião de Tavares (1990) “os que refletem a dinâmica da própria equipa de trabalho, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução” (Tavares, 1990, p. 119). Nesta linha, traçámos os seguintes objetivos operacionais ou metas, de acordo com os objetivos específicos mencionados anteriormente:

- Que pelo menos 50% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e quais as medidas de prevenção;
- Que pelo menos 50% da população saiba indicar três fatores de risco do CCU;
- Que pelo menos 50% da população saiba identificar qual o método de rastreio do CCU e com que regularidade deve ser realizado;
- Que pelo menos 50% da população saiba qual a relação existente entre HPV e CCU;
- Que pelo menos 50% da equipa de enfermagem participe na ação de formação.

3.4 Seleção de estratégias

A etapa seguinte na metodologia do planeamento em saúde, é a seleção das estratégias mais adequadas, que permitam dar resposta aos problemas de saúde considerados prioritários e consequentemente, atingir os objetivos fixados. Para

Imperatori & Giraldes (1993) a finalidade de uma estratégia é “propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Para os autores supracitados uma estratégia de saúde é “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87). Os mesmos autores consideram ainda as seguintes fases na elaboração das estratégias de saúde:

estabelecer os critérios de concepção das estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever as estratégias e os objetivos, se necessário. (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Sendo a Teoria do Autocuidado de Orem, o referencial norteador deste projeto de intervenção comunitária, pretende-se pelo Sistema de Apoio-Educação ensinar e orientar a população para o autocuidado, considerando que “valid helping techniques in these situations include combinations of support, guidance, provision of a developmental environment, and teaching” (Orem, 2001, p. 354).

Nesta linha, educar é também ensinar, que pressupõe que haja aprendizagem. Redman (2003) salienta que a educação para a saúde “é uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde” (Redman, 2003, p. 3). Como tal, os enfermeiros proporcionam informação “que capacita os clientes para atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade” (Onega & Devers, 2011, p. 304).

Loureiro e Miranda (2010) enfatizam este aspeto, ao considerarem a educação importante para a saúde “não só pelos conhecimentos específicos que oferece mas, sobretudo, porque melhora as competências gerais, incluindo o desenvolvimento de pensamento crítico e das capacidades para a tomada de decisão” (Loureiro, Miranda, 2010, p. 132). Também Honoré (2002) realça a importância da ação de saúde ao referir que ela consiste “em desenvolver a observação do estado de saúde

da população, em organizar ações de prevenção e de informação ao público, em matéria de saúde” (Honoré, 2002, p. 85).

No entanto, em qualquer processo de EpS é fundamental ter em conta a pessoa/família/grupo/comunidade como um todo, ou seja, nas suas diferentes dimensões: cognitiva, social, cultural, emocional e psicomotora. A EpS é um processo holístico, não sendo possível separar a pessoa ou o grupo do seu meio envolvente, dado que se encontram em permanente interação, influenciando-se mutuamente. Carvalho & Carvalho (2006) falam em marcadores-somáticos que “constituem agentes no processo de filtragem de opções, aumentando a precisão do processo de raciocínio de decisão, tendo a sua maior parte sido criada nos nossos cérebros durante o processo de educação e socialização” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 19).

Para os mesmos autores, é importante no processo de EpS “ajudar as pessoas a reconhecer os seus próprios marcadores-somáticos, já instalados pelo processo educativo, para que os possam alterar, caso não sejam os mais adequados à promoção da sua saúde” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 19). No entender de Onega & Devers (2011) a aprendizagem “realça o recetor do conhecimento e das competências e resulta em modificação do comportamento” (Onega & Devers, 2011, p. 306). As mesmas autoras consideram ainda que em qualquer processo de aprendizagem devem ter-se em conta “os domínios de aprendizagem: cognitivo (pensar), afetivo (sentir) e psicomotor (agir)” (Onega & Devers, 2011, p. 306).

No processo de EpS, tivemos em consideração os nove passos do ensino: prender a atenção; informar o educando quanto aos objetivos do ensino; estimular o recordar de anteriores aprendizagens; apresentação do material; proporcionar orientação para a aprendizagem; praticar; proporcionar feedback; avaliar o desempenho e realçar a retenção e a transferência de conhecimento (Onega & Devers, 2011, p. 307). Para que haja aprendizagem tem de haver motivação, pois pessoas motivadas estão mais predispostas a aprender, o que vem ao encontro de Redman (2003), ao considerar que “nas situações de ensino-aprendizagem, a motivação relaciona-se com a vontade da pessoa para aprender” (Redman, 2003, p. 7).

Neste contexto, recorremos à Teoria Cognitiva que defende que “a aprendizagem é o desenvolvimento de padrões que fornecem um guia potencial para o comportamento” (Redman, 2003, p. 21). Deste modo, pretendemos motivar a população para novas aprendizagens relacionadas com o CCU e o HPV, precursoras do autocuidado, levando à modificação de comportamentos e promoção da saúde.

No que concerne ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, conforme o Regulamento n.º 126, de 18 de fevereiro de 2011, verificamos que é evidenciado o papel do enfermeiro como agente de educação para a saúde, no qual na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde através de: identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade; a criação e aproveitamento de oportunidade para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade (OE, 2011).

Face ao exposto anteriormente, apresentamos as estratégias e respetivas atividades, tendo em conta os objetivos específicos previamente definidos (APÊNDICE XXVII).

3.5 Preparação operacional – programação

Nesta etapa, são descritas as atividades constituintes do projeto definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos (Tavares, 1990, p. 169). Imperatori & Giraldes (1993) salientam que a especificação detalhada das atividades consiste

em definir os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das atividades do projeto e precisar como cada uma dessas atividades deve ser executada; determinar detalhadamente as

necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto. (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 149).

Considerando que um projeto “é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129) foi elaborado um projeto intitulado: Cancro do Colo do Útero – Agir para Prevenir. Desta forma, tendo em conta os problemas priorizados, o diagnóstico de enfermagem formulado e a seleção das estratégias consideradas adequadas, optámos por intervir a nível da prevenção primária, em contexto de cuidados de saúde primários, os quais “fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Na opinião de Tavares (1990) “cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; objetivo e avaliação” (Tavares, 1990; p. 169).

Apresentamos a seguir o plano operacional detalhado para cada atividade desenvolvida (APÊNDICE XXVIII).

Nesta sequência, vamos referir as atividades desenvolvidas para dar resposta aos problemas priorizados:

Sessões individuais de educação para a saúde

Tendo em consideração o desconhecimento da população-alvo relativamente às formas de prevenção do CCU, optámos pela educação para a saúde através de sessões individuais, que decorreram nos meses de novembro e dezembro de 2013.

Decidimos estas atividades por não haver disponibilidade por parte das utentes para sessões de grupo e também pela inexistência, na Unidade de um espaço próprio para a realização deste tipo de sessões. Foram realizadas 120 sessões individuais de educação para a saúde, tendo sido elaborado o plano operacional para as mesmas (APÊNDICE XXIX). As utentes eram abordadas aleatoriamente pela enfermeira mestranda, à medida que se apresentavam para consulta. As

sessões tiveram como objetivo: **Capacitar a população para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU**, através da EpS, focando essencialmente os aspetos relacionados com o HPV e as formas de transmissão, os fatores de risco, medidas de prevenção, a relação existente entre HPV e CCU, qual o exame de rastreio, quando realizá-lo e com que regularidade.

Folheto informativo

Elaborou-se um folheto informativo acerca do HPV e CCU, intitulado “**Cancro do colo do útero – Capacitar para Prevenir**” (APÊNDICE XXX) que foi distribuído às utentes após as sessões individuais de EpS. Parafraseando Redman (2003) “o uso da informação escrita aumenta a retenção da informação por parte do utente” (Redman, 2003, p. 49). Colocaram-se também folhetos informativos nos expositores existentes na sala de espera, permitindo dessa forma, que mais utentes tivessem acesso à informação e a pudessem levar a familiares e demais pessoas próximas. Outra estratégia utilizada foi a entrega de folhetos a uma instituição da comunidade situada na área de abrangência da USF Sétima Colina, que presta assistência a mulheres em contexto de prostituição, para serem distribuídos na comunidade.

Cartaz informativo

Elaborou-se um cartaz informativo intitulado “Vírus do papiloma humano (HPV) e cancro do colo do útero” (APÊNDICE XXXI), dirigido à população em geral. O cartaz foi afixado em ambos os pisos da USF Sétima Colina. Para além disso, entregámos também um exemplar na Junta de Freguesia dos Anjos, que se mostrou disponível para a sua afixação, sendo simultaneamente, um bom meio de divulgação para a comunidade da informação sobre o HPV e CCU. Foi colocado também um exemplar na instituição social já mencionada, visto tratar-se de uma instituição onde recorrem mulheres em contexto de prostituição. Tendo em linha de conta, o facto de se tratar de um grupo de risco para a infeção pelo HPV, esta instituição revelou-se eficaz para a divulgação desta temática.

Ação de formação em serviço

A atualização de conhecimentos e a formação contínua deve ser uma preocupação constante por parte dos enfermeiros, mas também dos serviços de

saúde, tendo em conta os processos de mudança nas práticas de cuidados, conducentes a novas aprendizagens. A este propósito, Pires (2005) salienta que “as aprendizagens realizadas em contexto de trabalho constituem-se como um valor acrescentado para o indivíduo e para a organização” (Pires, 2005, p. 224). A autora supracitada realça ainda que “estas aprendizagens não se limitam à aquisição de um conjunto de saberes e saberes - fazer necessários ao desempenho profissional (...) também contribuem para o desenvolvimento e evolução dos indivíduos” (Pires, 2005, p. 224).

Neste contexto, a equipa de enfermagem manifestou interesse na abordagem e na atualização dos conhecimentos relacionados com a temática do CCU, pelo que houve a necessidade de a envolver no projeto de intervenção comunitária, através da realização de uma ação de formação em serviço. Como tal, elaborou-se um cartaz de divulgação da ação (APÊNDICE XXXII), bem como o respetivo plano da ação formativa (APÊNDICE XXXIII). A sessão de formação decorreu no dia 10 de Janeiro de 2014, na sala de reuniões de enfermagem da USF Sétima Colina, tendo sido dirigida a toda a equipa de enfermagem. Participaram também alguns alunos do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que se encontravam a realizar ensino clínico naquela unidade.

A sessão teve como objetivo **Sensibilizar a equipa de enfermagem da USF Sétima Colina para a temática do cancro do colo do útero**, a fim de dar contributos úteis para a atualização dos conhecimentos e aquisição de competências nesta temática. Foi utilizado o método expositivo através da projeção de diapositivos, e também o método interativo. Foi incentivada a participação ativa dos enfermeiros presentes, utilizando-se o debate de ideias e colocação de questões e dúvidas, pois é através do debate que se promove a reflexão e o pensamento crítico que conduz à melhoria dos cuidados prestados. Os diapositivos da apresentação encontram-se no APÊNDICE XXXIV. A avaliação da sessão foi feita através da aplicação do questionário utilizado nas ações formativas realizadas naquela unidade.

Sessão de grupo de educação para a saúde

A realização de uma sessão de grupo na instituição social foi outra das atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto de intervenção comunitária. Esta instituição religiosa católica, situada na zona do Intendente em Lisboa, presta assistência a mulheres em situação já referida, na sua maioria com grandes carências alimentares, sociais e económicas, para além de baixa literacia. Estando estas mulheres mais vulneráveis para a infeção pelo HPV, realizámos esta sessão, solicitada pela instituição, no dia 29 de janeiro de 2014, tendo como objetivo **Capacitar este grupo de mulheres para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU**. Para tal, elaborou-se o plano da sessão (APÊNDICE XXXV).

Na preparação da sessão, houve a preocupação de elaborar os diapositivos da forma mais simples possível, recorrendo a imagens para facilitar a compreensão dos conteúdos, procurando adaptar a linguagem ao nível de instrução das participantes, e ao mesmo tempo, despertar-lhes entusiasmo e interesse pelo tema. A sessão foi constituída por duas partes: na primeira parte optámos por utilizar uma abordagem participativa, através da utilização de pequenos cartões de cartolina com algumas perguntas relativas ao HPV, sendo as intervenientes estimuladas a exprimir as suas ideias e opiniões, fazendo-as sentir envolvidas na sessão. Este aspeto é reforçado por Onega & Devers (2011), ao considerarem que “as pessoas aprendem melhor quando estão ativamente envolvidas no processo de aprendizagem” (Onega & Devers, 2011, p. 309). Na segunda parte, foi utilizado o método expositivo, através da projeção de diapositivos (APÊNDICE XXXVI) dando resposta às questões colocadas na primeira parte. Incentivou-se também a participação ativa do grupo pela colocação de dúvidas e troca de experiências, pois “a participação aumenta a motivação, a flexibilidade e o nível de aprendizagem” (Onega & Devers, 2011, p. 309). A avaliação foi feita através da colocação de perguntas sobre os diferentes aspetos focados na sessão.

3.6 Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde, essencial para averiguar se as estratégias implementadas foram adequadas para a concretização dos objetivos traçados. Tavares (1990) salienta que a função da avaliação “é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p. 205). Na mesma linha, Imperatori & Giraldes (1993), consideram que a finalidade da avaliação “é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 174). Nesta fase final, deverá ser feita a distinção

entre a avaliação a curto prazo, só possível através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores de impacto ou resultado (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 30).

Tendo em consideração o tempo limitado de implementação deste projeto, apenas foram definidos indicadores de processo ou atividade, pois não nos foi possível avaliar o impacto dos resultados.

Sessões individuais de educação para a saúde

Para esta atividade definimos indicadores de processo que se encontram descritos no APÊNDICE XXXVII. Num total de 144 participantes que constituíam a população alvo, foram efetuadas 120 sessões individuais. Desta forma, conseguimos uma adesão de 83,3%, verificando-se também que 83,3% das participantes respondeu corretamente às questões colocadas no final da sessão para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Há que reconhecer com satisfação, o interesse manifestado pelas participantes em relação ao tema, antecipando elas próprias as suas dúvidas através da formulação de questões. Atendendo à meta traçada de 50%, consideramos que o objetivo foi alcançado.

Ação de formação em serviço

Efetuiu-se uma ação de formação em serviço, potenciando não só a atualização de conhecimentos sobre HPV e CCU, mas também a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas, fundamentais para a melhoria da prática clínica em contexto de trabalho. Há a salientar o interesse manifestado pela equipa de enfermagem, no desenvolvimento deste projeto, e por conseguinte, na necessidade de se envolver retirando contributos para a uniformização de procedimentos, de modo a assegurar a sua continuidade.

Programou-se uma ação de formação, que foi realizada, para a qual definimos indicadores de atividade, adesão e participação que estão especificados no APÊNDICE XXXVIII. Estiveram presentes 6 dos 8 enfermeiros que constituem a equipa, obtendo-se uma adesão de 75% e uma participação de 100%, tendo os formandos classificado a ação entre o Bom e Muito Bom. Mais uma vez, a meta de 50% inicialmente traçada, foi ultrapassada, pelo que consideramos que este objetivo foi alcançado.

Sessão de grupo de educação para a saúde

Em relação a esta sessão, que foi produtiva, conseguimos motivar e despertar o interesse por parte das participantes, no entanto, ficou aquém das nossas expectativas pela fraca adesão verificada, apenas duas mulheres. Contudo, foi uma experiência gratificante pelo envolvimento das duas intervenientes, que expuseram abertamente as suas vivências, anseios e preocupações. Esta sessão revelou-se um momento único e rico em história de vida. Assim, embora o objetivo não tenha sido alcançado na totalidade, consideramos que o foi em parte.

Perante o exposto anteriormente, podemos afirmar que os objetivos delineados foram atingidos, o que nos leva a reconhecer que as intervenções na comunidade, no âmbito da educação para a saúde e da prevenção primária, se afiguram como estratégias fulcrais na capacitação e promoção do autocuidado das populações, que se traduz em ganhos para a saúde, relativamente ao controlo das infeções pelo HPV e ao CCU.

4 LIMITAÇÕES DO PROJETO

No decorrer desta longa caminhada nem sempre fácil de percorrer, surgiram obstáculos, altos e baixos, avanços e recuos, mas como em qualquer percurso, todas as experiências e situações por nós vividas, foram únicas e peculiares fazendo-nos crescer e amadurecer como seres humanos e como profissionais. Este caminho árduo, mas apaixonante, facilitou o pensamento crítico e a análise das nossas práticas de cuidados, levando à aquisição de competências e proporcionando importantes momentos de reflexão.

A falta de experiência na metodologia do processo de planeamento em saúde, afigurou-se como um dos fatores condicionantes de toda a intervenção comunitária.

O horizonte temporal previsto para a implementação deste projeto, impossibilitou a aplicação de indicadores de resultado que “pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77), pois só através de um período de tempo mais alargado, seria possível avaliar as mudanças no estado de saúde daquela população em particular.

O tratamento dos dados e análise dos resultados na fase do diagnóstico de situação constituiu outra dificuldade, pelo que todo o processo de interpretação dos resultados dos questionários se tornou moroso e complicado, gerando momentos de alguma angústia e ansiedade.

Outra limitação teve a ver com a realização da sessão de grupo na instituição social anteriormente referida, que pelo número limitado de participantes, ficou aquém das nossas expectativas, impossibilitando que outras mulheres em igual situação beneficiassem do conhecimento sobre a prevenção do CCU dirigido a este grupo em particular. Pensamos que uma maior divulgação da sessão na comunidade teria feito toda a diferença, e o seu impacto seria maior. Assim, este será um aspeto a melhorar em futuras intervenções comunitárias. Todavia, constituiu para nós, uma oportunidade de aprendizagem e reflexão sobre a necessidade de envolvimento e participação cada vez maior dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, nas decisões relativas às políticas de saúde, conjuntamente com as demais instituições públicas, sociais e governamentais.

5 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Ao finalizar este projeto, torna-se imperioso fazer uma reflexão crítica sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, utilizando para isso, a legislação em vigor, mas também, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para além disso, há que ter presente, os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem e que estão subjacentes ao CDE, bem como, as dimensões sociais, políticas e económicas que devem estar associadas a todos os processos inovadores nas práticas de cuidados. Tendo como referencial o CDE, Artigo 80.º - Do dever para com a comunidade, o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assumindo o dever de: “a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, b) participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril de 1998).

Do mesmo modo, tendo como referencial o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) os enfermeiros especialistas devem desenvolver competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, e que se dividem por quatro domínios que são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, emanou competências específicas em que o enfermeiro detém um conhecimento aprofundado das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, que lhe permitem desenvolver programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania (Regulamento nº128/2011, DR II Série, nº 35, de 18 de Fevereiro).

O desenvolvimento deste projeto possibilitou-nos a aquisição de competências a nível da intervenção comunitária, pela aplicação da metodologia do processo de planeamento em saúde, através da qual foi possível fazer o diagnóstico de situação do estado de saúde de uma população, e elaborar um projeto de intervenção comunitária. Para tal, mobilizámos como referencial teórico de enfermagem a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, ao longo de todo este percurso.

Na fase de diagnóstico de situação, adquirimos competências na área da investigação pela aplicação de um questionário como instrumento de recolha de dados, pela utilização do programa informático Microsoft Excel versão 2007 no seu tratamento estatístico, e finalmente, na interpretação dos resultados. Esta metodologia induziu-nos também a desenvolver competências na definição de prioridades em saúde e na seleção de estratégias de acordo com os problemas encontrados e com o referencial teórico norteador de todo o projeto. Nesta sequência, recorreu-se a algumas instituições da comunidade, como a Junta de Freguesia dos Anjos e a instituição social religiosa. As limitações relatadas anteriormente, desenvolveram a nossa capacidade de adaptação a situações adversas e ajudaram-nos a desenvolver estratégias mobilizadoras de confiança e de reflexão crítica, para lidar melhor com situações desfavoráveis em ambientes difíceis, mas também exigentes.

A elaboração e apresentação da ação de formação em serviço à equipa de enfermagem permitiram a aquisição e atualização de conhecimentos, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados. Com esta atividade, desenvolvemos competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois como está descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, devemos responsabilizar-nos por “ser facilitadores da aprendizagem e atuar como formadores oportunos em contexto de trabalho” (OE, 2010).

No que concerne à experiência profissional em meio hospitalar e à aquisição de competências, estamos no nível de enfermeira perita. Contudo, de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, adotado por Benner (2001) consideramos que nos encontramos no nível principiante, na medida em que “todas as enfermeiras que integram um novo serviço (...) podem encontrar-se a este nível,

se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares” (Benner, 2001, p. 50).

Os conhecimentos e as competências adquiridas com o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, revelaram-se uma mais-valia para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e dos ganhos em saúde desta população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de saúde comunitária tem como foco central de cuidados, os indivíduos/famílias/grupos inseridos numa comunidade, exigindo da parte dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária uma visão abrangente, global e holística integrando como estratégia – chave a prevenção primária e secundária da doença, a promoção e a educação para a saúde. Assim, urge desenvolver intervenções dirigidas à capacitação dos indivíduos/famílias/grupos/comunidades para a autonomia e autocuidado, sendo que “a ação de saúde como intervenção (...) consiste em desenvolver a observação do estado de saúde da população, em organizar ações de prevenção e de informação ao público, em matéria de saúde” (Honoré, 2002, p. 85).

Nesta linha, torna-se de grande importância o desenvolvimento de projetos de saúde utilizando a metodologia do planeamento em saúde. O desenvolvimento deste projeto embora gratificante, exigiu bastante esforço e dedicação, uma pesquisa exaustiva e metódica sobre a problemática do CCU, para além de proporcionar um aprofundamento de conhecimentos sobre o modelo teórico de enfermagem escolhido e a taxonomia CIPE, pouco utilizada na nossa prática clínica.

A aplicação de um instrumento de colheita de dados e consequente tratamento estatístico e interpretação dos mesmos, foi também um desafio difícil mas aliciante, pelo qual se tornou evidente, tendo em conta os resultados obtidos, a importância em desenvolver projetos deste tipo, com enfoque na educação para a saúde.

Considerando o diagnóstico da situação de saúde, foi possível verificar o desconhecimento da população sobre as formas de prevenção, sintomatologia e método de rastreio do CCU, aspetos fundamentais na prevenção deste tipo de neoplasia. Deste modo, estamos convictas de que a implementação de estratégias de prevenção, promoção e EpS, bem como o desenvolvimento de campanhas de divulgação nesta temática, mobilizando parcerias entre as diversas instituições e os cidadãos, seriam eficientes estratégias promotoras da autonomia, da cidadania e da saúde individual e coletiva das comunidades. Por outro lado, o envolvimento dos cidadãos em matéria de saúde, seria uma forma de motivação e de lhes dar voz, potenciando a participação comunitária com ganhos em saúde.

Pela avaliação das atividades desenvolvidas neste projeto, foi possível concluir que os objetivos traçados foram alcançados, no entanto, a continuidade na implementação de projetos comunitários deste tipo, bem como a formação contínua dos enfermeiros, evidenciam-se como estratégias fundamentais na nossa prática clínica conducentes à melhoria da qualidade dos cuidados baseados no pensamento crítico, na análise reflexiva e na evidência científica.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro (2012). *Plano de Ação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (2009). *Manual de Procedimentos do Rastreio do Cancro do Colo do Útero*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Agostinho, M. I. R. (2012). *Conhecimentos dos jovens universitários sobre HPV e cancro do colo do útero, na era da vacina*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: Reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alto Comissariado da Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alto Comissariado da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. Eixos Estratégicos – Cidadania em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N., ..., Karsa, L. (2010). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. *Annals of Oncology*. 21, 448-458.
- Benner, P. (2011). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, A., Ramos, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2, 5-12.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, C. M. D. (2009). *O Vírus do Papiloma Humano e o Cancro do Colo do Útero: Um Estudo Observacional entre a Citologia em Meio Líquido e o Teste de Detecção de HPV por PCR*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Colaço, A., Martins, D. & Ribeiro, S. (2012). Patologia do colo do útero. In J. Neves (Coords). *Medicina da Mulher na Pós-Menopausa*. (pp. 75-92). Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar: A primeira arte da vida*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

- Comissão Técnica de Vacinação (2008). *Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Correia, A. (2011). *Prevenção do Cancro do Colo do Útero*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Porto. Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Craig, Jean V.;Smyth, Rosalind L. (2004) – *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Lusociência.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Regional da Saúde (2009). *Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas*. Direção Regional da Saúde.
- Divisão de Prevenção e Controlo da Doença (2008). *Programa Nacional de Vacinação (PNV). Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Esteves, S. C. A. L. (2012). *Cancro do Colo do Útero: Educar para Prevenir*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gordis, L. (2011). *Epidemiologia*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hill, M. M., Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª Edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011. Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Keller, L. O., Strohschein, S. & Briske, L. (2011). Prática de Enfermagem de Saúde Pública: A Roda da Intervenção. In M. Stanhope e J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 196-223). Loures: Lusodidacta.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusociência.
- Lock, S. E. (2011). Prática Baseada na Evidência. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 290-301). Loures: Lusodidacta.
- Malheiro, S. M. A. G. (2009). *Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos*. (Monografia não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- McKeown, R. E., Messias, D. K. H. (2011). Epidemiologia. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 251-289). Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5th Edition). Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. Regulamento n.º 126/2011. Diário da república, 2ª Série, (35) (2011.02.18), 8660-8661.
- Onega, L. L., Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE®. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. (Third Edition). McGraw – Hill Book Company.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (Sixth Edition). Mosby – A Harcourt Health Sciences Company.
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *A Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa*. Ottawa: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais Que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Peixoto, I. (2013). *Educação para a saúde: Contributos para a prevenção do cancro*. Loures: Lusociência.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pinto, D. M. A. D. (2012). *Vírus do Papiloma Humano. Intervir para Prevenir*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Pires, A. L. O. (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pista, A., Oliveira, C., Cunha, M., Paixão, M. & Real, O. (2012). Risk factors for human papillomavirus infection among women in Portugal. TheCleopatre Portugal Study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 118, 112-116.
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. (9ª Edição). Loures: Lusociência.
- Riner, M. E. (2011). Promoção da Saúde Através de Cidades e Comunidades Saudáveis. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 411-426). Loures: Lusodidacta.
- Shuster, G. F., Goeppinger, J. (2011). A Comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 356-389). Loures: Lusodidacta.
- Silva, M. C., Fletcher, J. J., Sorrell, J. M. (2011). Aplicação da Ética na Comunidade. In M. Stanhope e J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública:*

- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 131-147). Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2010). *Vacinas contra o HPV*. Reunião de Consenso Nacional. Cascais: Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Sousa, A. P. (2011). *Cancro do Colo do Útero: Tendências e Estudos Recentes*. (Monografia não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sy, F., Long-Marin, S. (2011). Prevenção e Controlo de Doenças Infecciosas. In M. Stanhope, J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª Edição). (pp. 909-942). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª Edição). Loures: Lusociência.
- WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (2010). Human Papillomavírus and Related Cancers. Summary Report Update in the Europe. (Third Edition). World Health Organization.
- WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (2010). Human Papillomavírus and Related Cancers. Summary Report Update in the World. World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário “Cancro do colo do útero – conhecimentos e comportamentos”

Questionário

Parte I – Dados do Inquirido

1. Idade _____

2. Habilitações Literárias:

1º Ciclo ☐

2º Ciclo ☐

Secundário ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

3. Profissão _____

4. Estado Civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

União de Facto ☐

Viúva ☐

5. N° de filhos _____

Parte II

6. Já ouviu falar em cancro do colo do útero?

☐ Sim.

☐ Não.

7. Os factores de risco para esta doença são:

Múltiplos parceiros sexuais ☐

Idade ☐

Falta de exercício físico ☐

Ausência de actividade sexual ☐

8. O cancro do colo do útero pode ter sintomas?

Sim ☐

Não ☐

8.1. Se sim, quais?

Perda de sangue anormal ☐

Ardência ☐

Infecção urinária ☐

Ausência de menstruação ☐

9. O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?

Sim ☐

Não ☐

9.1. Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?

Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) ☐

Vírus do Papiloma Humano (HPV) ☐

Hepatite ☐

Herpes ☐

10. O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:

Análises à urina ☐

Análises ao sangue ☐

Citologia ☐

Radiografia ☐

Ecografia Pélvica ☐

11. Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.

Sim ☐

Não ☐

11.1. Se sim, em que altura deve ser feita?

Em qualquer idade ☐

Antes do início da actividade sexual ☐

Após o início da actividade vida sexual ☐

Depois da menopausa ☐

12. A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero

Antes de iniciar a actividade sexual ☐

Após o início da actividade sexual ☐

Depois dos 18 anos ☐

Na menopausa ☐

13. Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo útero?

Não ☐

Sim ☐

13.1 Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?

Uma vez por ano ☐

De 2 em 2 anos ☐

De 3 em 3 anos ☐

De 5 a 10 anos ☐

14. O exame de rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:

Prova de Mantoux ☐

Cistoscopia ☐

Papanicolau ☐

15. O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:

De 2 em 2 anos ☐

De ano a ano ☐

De 5 a 10 anos ☐

Não necessita de repetição ☐

16. Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta doença?

Sim ☐

Não ☐

17. De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?

Meios de Comunicação ☐

Centro de Saúde/Planeamento Familiar ☐

Ginecologista ☐

18. O cancro do útero quando detectado tardiamente:

É inofensivo ☐

Pode provocar a morte ☐

Pode causar desconforto passageiro ☐

19. Sempre que se apercebe de uma infecção vaginal o que faz:

Procuro resposta na medicina natural ☐

Aguardo que a infecção se resolva espontaneamente ☐

Recorro a um profissional de saúde ☐

20. Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?

Causas ☐

Sinais e Sintomas ☐

Formas de Prevenção ☐

Exames de Diagnóstico ☐

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de estágio previsto e reformulado

Cronograma de estágio previsto

[illegible]

Cronograma de estágio reformulado

[illegible]

APÊNDICE II

Autorização para aplicação do questionário

**Exma.^a Senhora Doutora Neida Neto Vicente, Mestre em Saúde e
Desenvolvimento**

Maria de Jesus Lúcio Pires, enfermeira no Hospital Dona Estefânia, encontrando-se a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção do cancro do colo do útero, orientado pela Prof.^a Doutora Lourdes Varandas.

Solicita a V.^a Ex.^a a autorização para aplicar o questionário “**Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos**”, utilizado na sua tese de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, na Universidade Nova de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos

Maria de Jesus Lúcio Pires

Lisboa, 13 de Abril de 2013



Maria de Jesus Pires <mj.pires7@gmail.com>

Autorizo a aplicação de questionário

Neida Vicente <neydaneto@hotmail.com>

18 de Abril de 2013 às 23:13

Para Maria de Jesus Pires <mj.pires7@gmail.com>

Bom dia senhora Enfermeira Maria Pires,

Fico contente que o questionário sirva para os seus interesses. Da minha parte autorizo a sua aplicação na sua pesquisa de mestrado em Enfermagem.

Desejo-lhe muitas felicidades na sua vida académica.
Melhores cumprimentos,
Neida Vicente

> Date: Tue, 16 Apr 2013 15:36:36 +0100
> Subject: Pedido de autorização para aplicação de questionário
> From: mj.pires7@gmail.com
> To:
>
> Boa tarde, Sr.^a Professora Doutora Neida Neto Vicente.
> Sou Maria de Jesus Pires, enfermeira, estou a frequentar o IV Curso de
> Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem
> Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
> Estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito da
> prevenção do cancro do colo do útero. Assim, caso fosse possível,
> solicito autorização para aplicar o questionário elaborado pela Sra.^a
> Prof.^a Doutora Neida Vicente sobre os conhecimentos e comportamentos
> acerca do cancro do colo do útero.
> Envio em anexo a formalização do pedido de autorização.
>
> Agradeço desde já a atenção disponibilizada.
> Cordialmente,
> Maria de Jesus Pires

APÊNDICE III

Autorização para aplicação do questionário na USF Sétima Colina

Exma.^a Senhora Doutora Isilda Rocha, Coordenadora da USF Sétima Colina

Maria de Jesus Lúcio Pires, enfermeira no Hospital Dona Estefânia, encontrando-se a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da prevenção do cancro do colo do útero.

Este estudo tem como objetivo promover o auto-cuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 anos e os 64 anos inscritas na USF Sétima Colina.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário intitulado "Cancro do colo do útero – conhecimentos e comportamentos", que se encontra anexado a este documento para uma prévia apreciação.

Agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 15 de Abril de 2013

Pede deferimento,

Maria de Jesus Lúcio Pires

Se dado em contrário

Lx, 23/04/2013

Isilda Rocha

ISILDA ROCHA
COORDENADORA
USF 7ª COLINA
☎ 218108010

APÊNDICE IV

Autorização para utilização do nome da unidade

Exma.^a Senhora Doutora Isilda Rocha, Coordenadora da USF Sétima Colina

Maria de Jesus Lúcio Pires, enfermeira no Hospital Dona Estefânia, encontrando-se a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vem por este meio solicitar autorização para a utilização do nome da USF no Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da prevenção do cancro do colo do útero, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL,

Agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 24 de Junho de 2013

Pede deferimento,

Maria de Jesus Lúcio Pires

Pedido autorizado
Lis, 8/07/2013 *Isilda Rocha*

ISILDA ROCHA
COORDENADORA
USF 7 COLINA
3 218 1080 10

ISILDA ROCHA
COORDENADORA
USF 7 COLINA
3 218 1080 10

APÊNDICE V

Declaração de consentimento informado do questionário

QUESTIONÁRIO

Consentimento Informado

Este questionário faz parte de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção do cancro do colo do útero e pretende avaliar os conhecimentos das mulheres sobre este tema.

Este trabalho de projeto insere-se no IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O questionário é confidencial e anónimo pelo que as respostas apenas pretendem transmitir dados que serão utilizados neste estudo, tornando-o válido.

Responda às questões que se seguem o mais sinceramente possível.

Muito obrigada por ter respondido ao questionário.

Maria de Jesus Lúcio Pires

Data: / / 2013

(Assinatura)

APÊNDICE VI

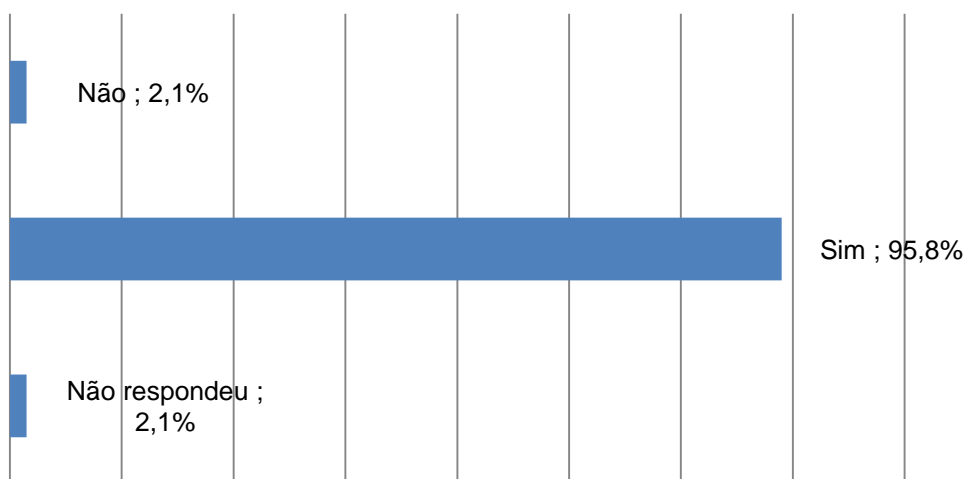
Quadro2 – caraterização sociodemográfica da amostra

| POPULAÇÃO (N=144) | NÚMERO (Nº) | PERCENT. (%) | POPULAÇÃO (N=144) | NÚMERO (Nº) | PERCENT. (%) |
|------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------|----------------|-----------------|
| IDADE | | | PROFISSÃO | | |
| 20-24 | 11 | 7,6% | OUTRAS | 57 | 39,6% |
| 25-29 | 14 | 9,7% | CABELEIREIRA | 3 | 2,1% |
| 30-34 | 27 | 18,8% | ENFERMEIRA | 3 | 2,1% |
| 35-39 | 25 | 17,4% | PSICÓLOGA | 3 | 2,1% |
| 40-44 | 25 | 17,4% | A. AÇÃO DIRETA | 3 | 2,1% |
| 45-49 | 21 | 14,6% | ESTUDANTE | 4 | 2,8% |
| 50-54 | 6 | 4,2% | SECRETÁRIA | 7 | 4,9% |
| 55-59 | 10 | 6,9% | EMP. MESA/BALCÃO | 9 | 6,3% |
| 60-64 | 5 | 3,5% | PROFESSORA | 10 | 6,9% |
| | | | ADMINISTRATIVA | 11 | 7,6% |
| | | | DOMÉSTICA | 12 | 8,3% |
| | | | DESEMPREGADA | 22 | 15,3% |
| HABILITAÇÕES LITERÁRIAS | | | NÚMERO DE FILHOS | | |
| 1º CICLO | 12 | 8,3% | 0 | 34 | 23,6% |
| 2º CICLO | 15 | 10,4% | 1 | 48 | 33,3% |
| SECUNDÁRIO | 72 | 50,0% | 2 | 49 | 34,0% |
| BACHARELATO | 2 | 1,4% | 3 | 8 | 5,6% |
| LICENCIATURA | 34 | 23,6% | 4 | 5 | 3,5% |
| MESTRADO | 8 | 5,6% | | | |
| DOUTORAMENTO | 1 | 0,7% | | | |
| ESTADO CIVIL | | | | | |
| VIÚVA | 5 | 3,5% | | | |
| UNIÃO DE FATO | 17 | 11,8% | | | |
| DIVORCIADA | 16 | 11,1% | | | |
| CASADA | 59 | 41% | | | |
| SOLTEIRA | 47 | 32,6% | | | |

APÊNDICE VII

Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos que já ouviram falar do CCU

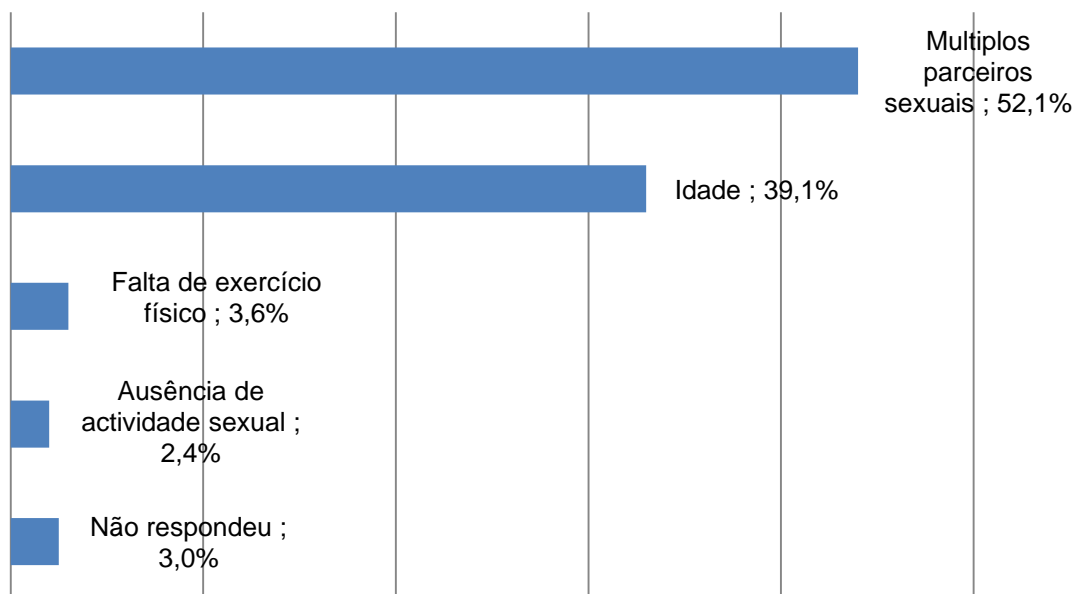
Já ouviu falar do cancro do colo do útero?



APÊNDICE VIII

Gráfico 7 – Distribuição dos dados em relação aos fatores de risco

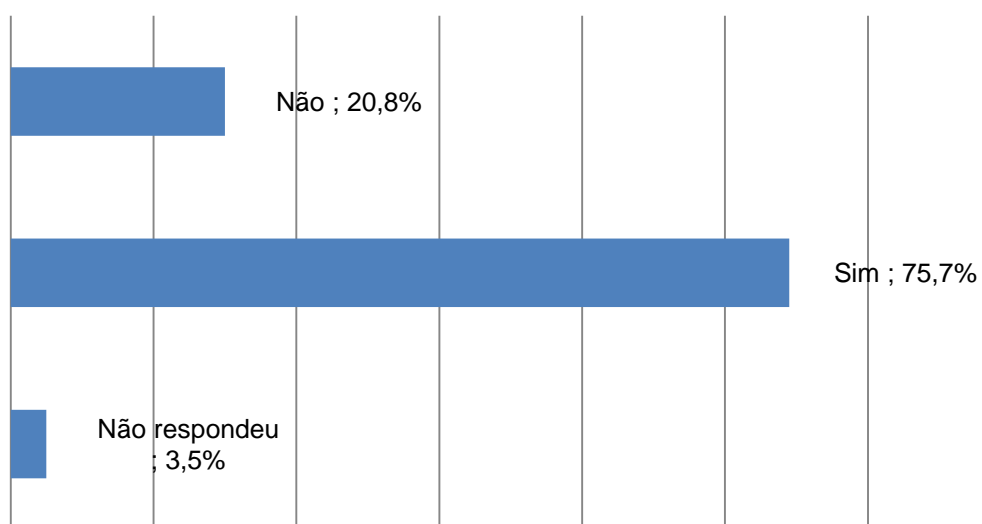
Os fatores de risco para esta doença são:



APÊNDICE IX

Gráfico 8 – Distribuição dos dados de acordo com a possibilidade de o CCU ter
sintomas

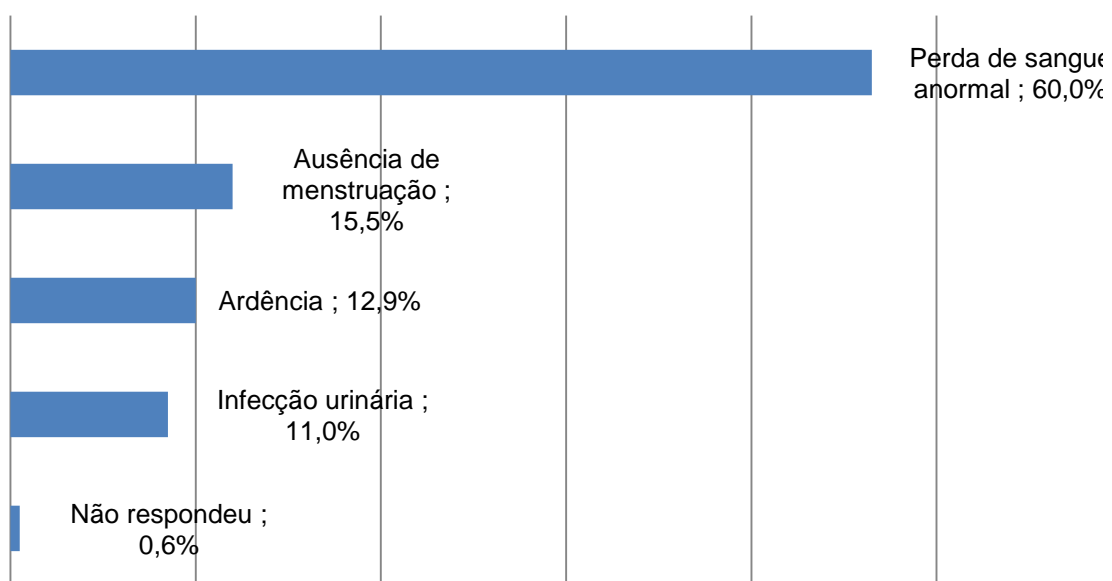
O cancro do colo do útero pode ter sintomas?



APÊNDICE X

Gráfico 8.1 – Distribuição dos dados relativamente à sintomatologia do CCU

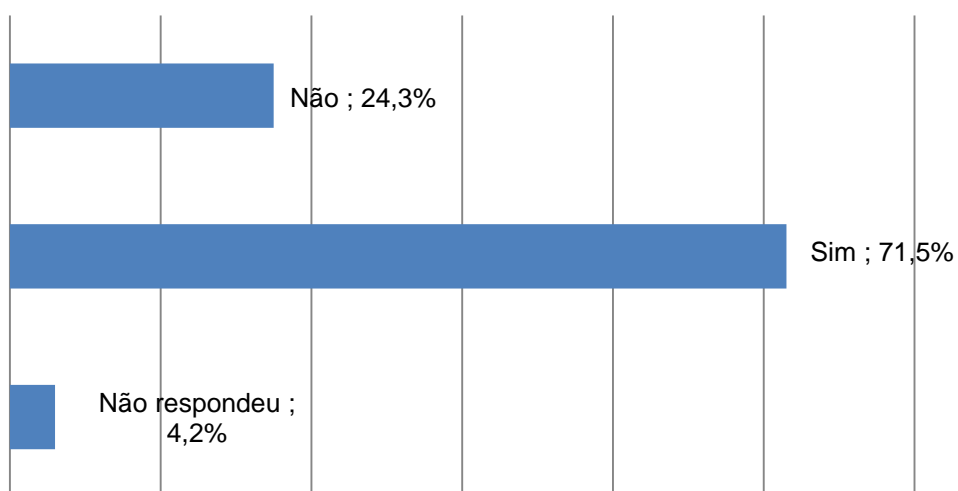
Se sim, quais?



APÊNDICE XI

Gráfico 9 – Distribuição dos dados relativamente à possibilidade de o CCU ser
causado por um vírus

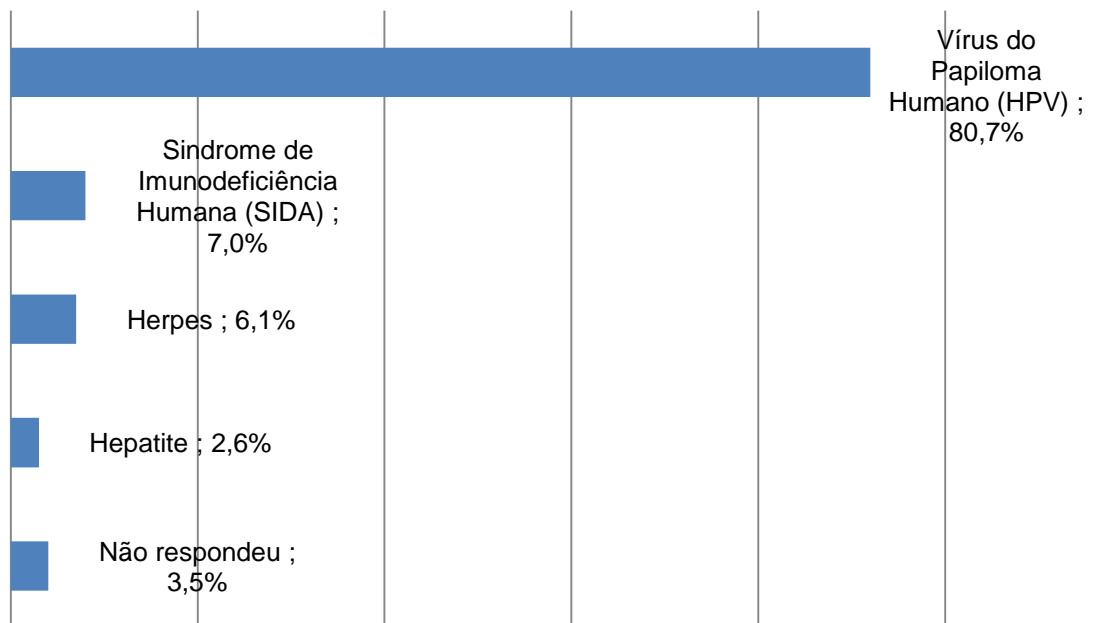
O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?



APÊNDICE XII

Gráfico 9.1 – Distribuição dos dados relativamente à designação do vírus responsável pelo CCU

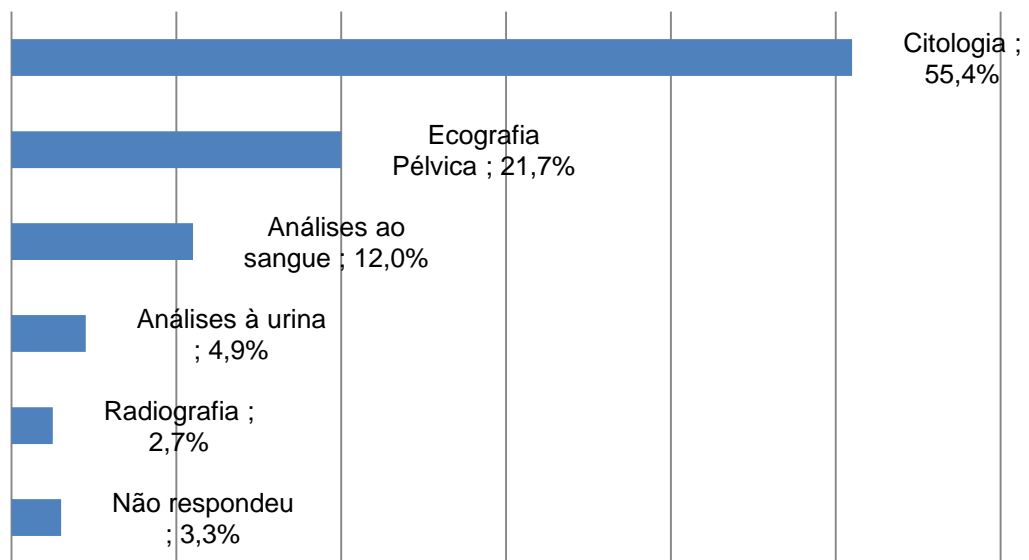
Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?



APÊNDICE XIII

Gráfico 10 – Distribuição dos dados relativamente ao método de diagnóstico do vírus responsável pelo CCU

O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:



APÊNDICE XIV

Gráfico 11 – Distribuição dos dados de acordo com a possibilidade da vacinação
constituir uma das formas de prevenção do CCU

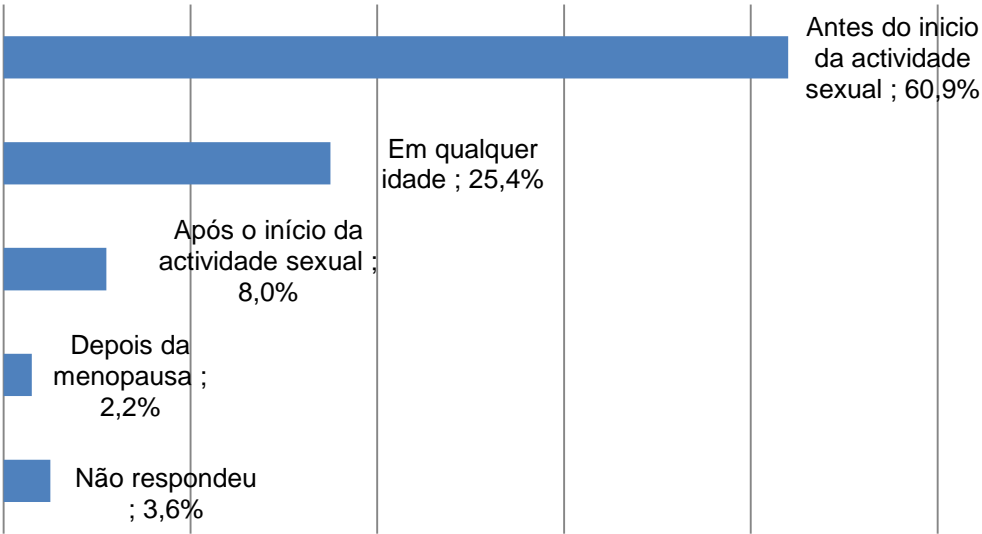
Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.



APÊNDICE XV

Gráfico 11.1 – Distribuição dos dados de acordo com a altura recomendada para a realização da vacinação preventiva do CCU

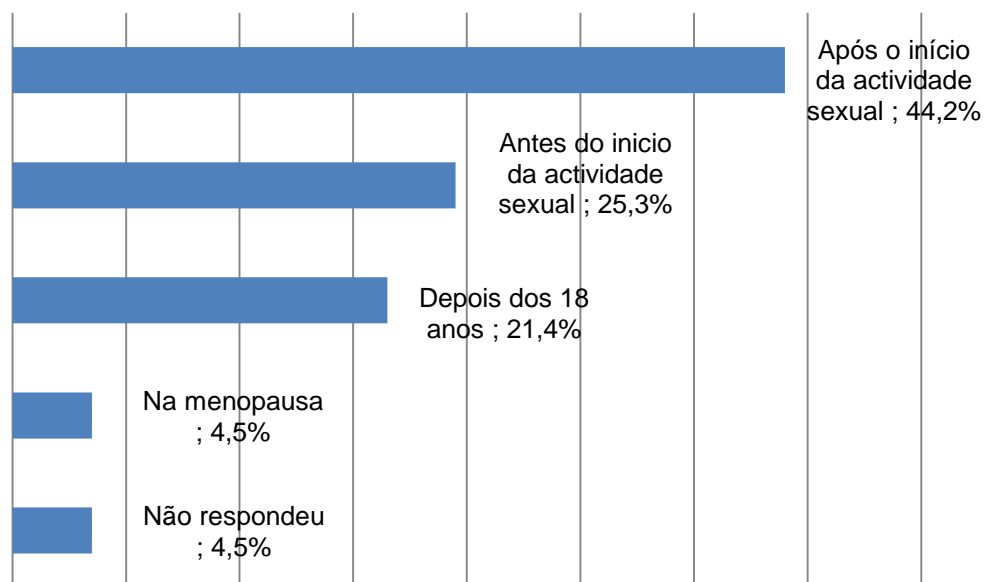
Se sim, em que altura deve ser feita?



APÊNDICE XVI

Gráfico 12 – Distribuição dos dados relativamente à altura recomendada para o início do rastreio do CCU

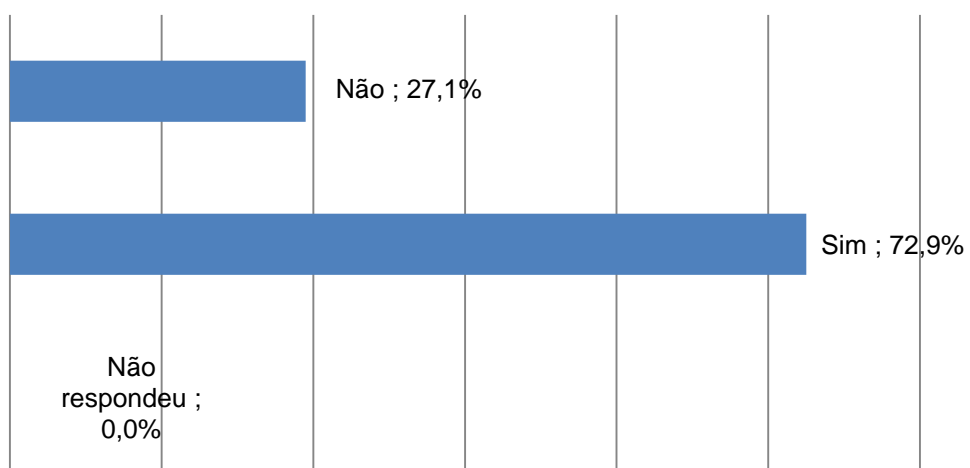
A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero?



APÊNDICE XVII

Gráfico 13 – Distribuição dos dados de acordo com a realização do exame preventivo do CCU

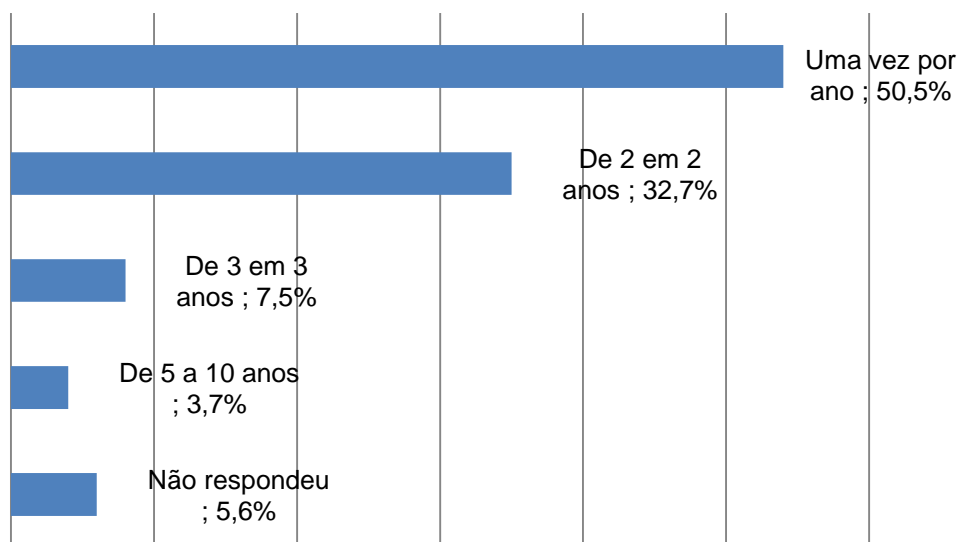
Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo do útero?



APÊNDICE XVIII

Gráfico 13.1 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade com que é feito o exame preventivo do CCU

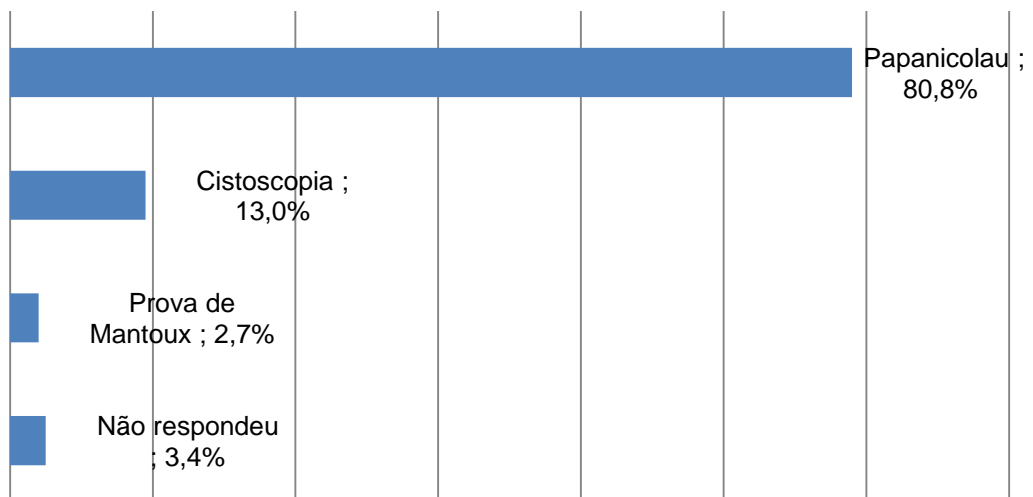
Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?



APÊNDICE XIX

Gráfico 14 – Distribuição dos dados de acordo com a designação do exame de rastreio do CCU

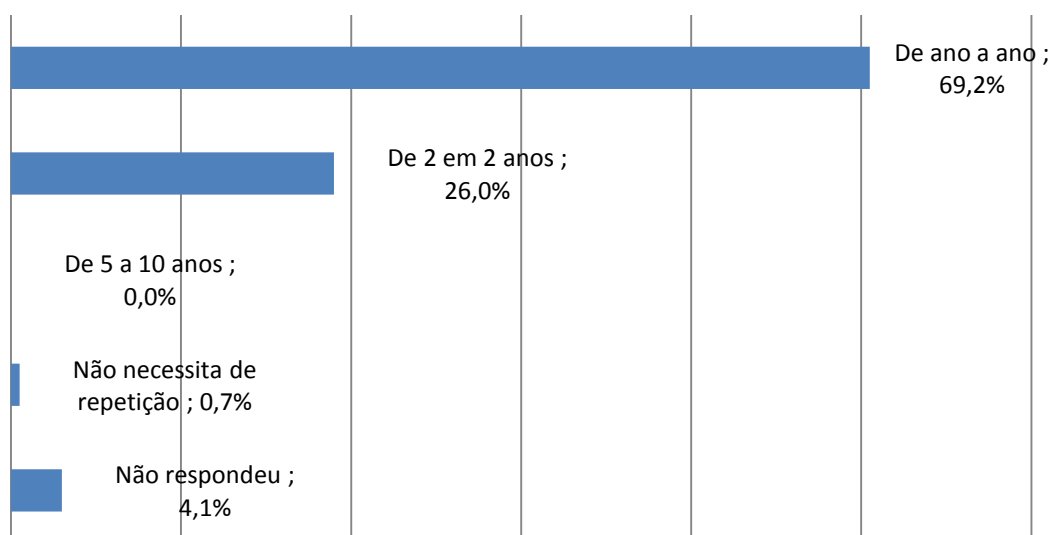
O exame de rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:



APÊNDICE XX

Gráfico 15 – Distribuição dos dados de acordo com a regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do CCU

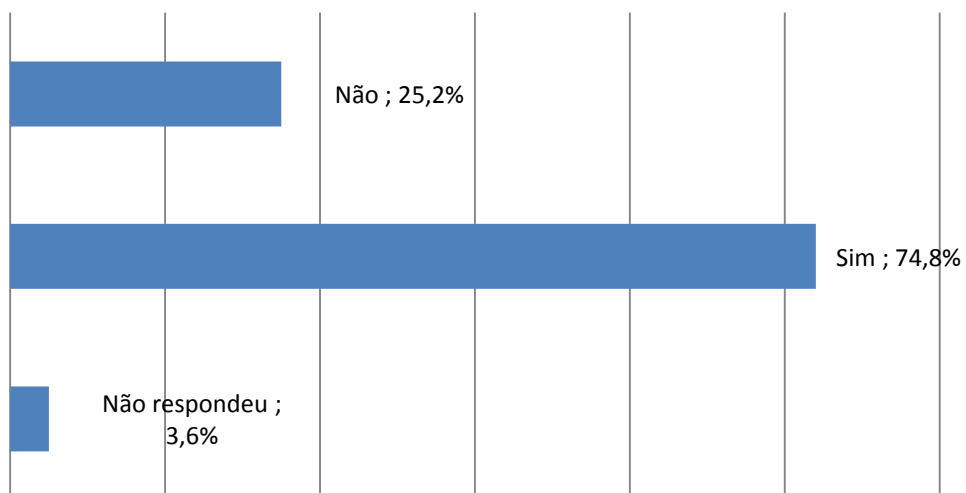
O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:



APÊNDICE XXI

Grafico 16 – Distribuição dos dados de acordo com a facilidade em obter informações acerca do CCU

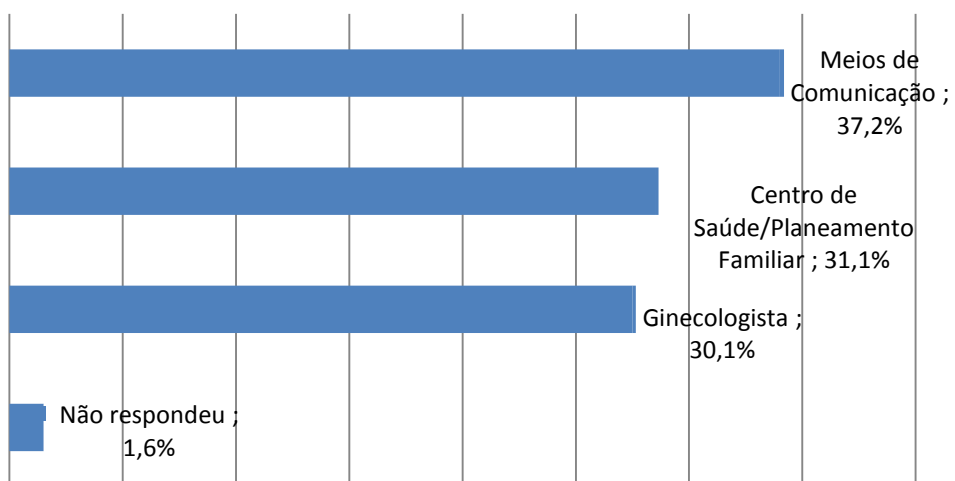
**Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta
doença?**



APÊNDICE XXII

Gráfico 17 – Distribuição dos dados acerca da forma de obtenção de informação
sobre o CCU

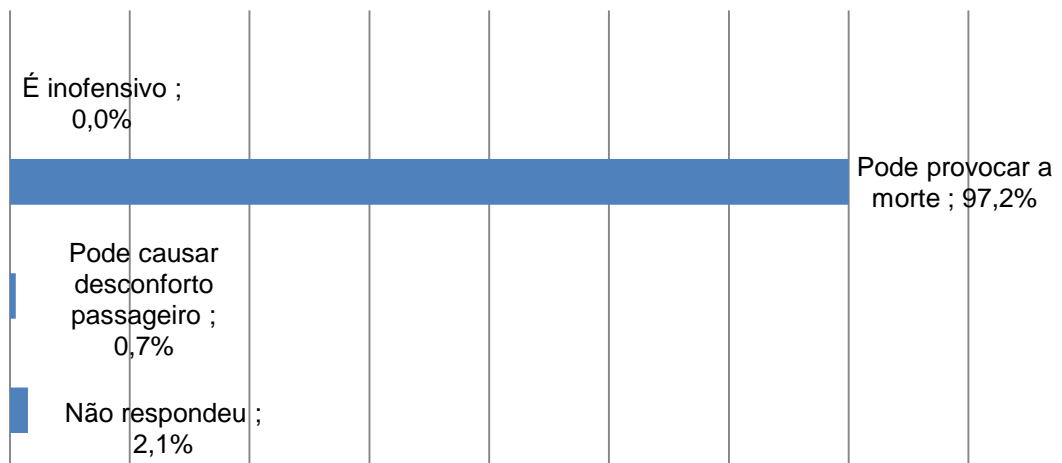
De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?



APÊNDICE XXIII

Gráfico 18 – Distribuição dos dados relativamente às consequências da deteção tardia do CCU

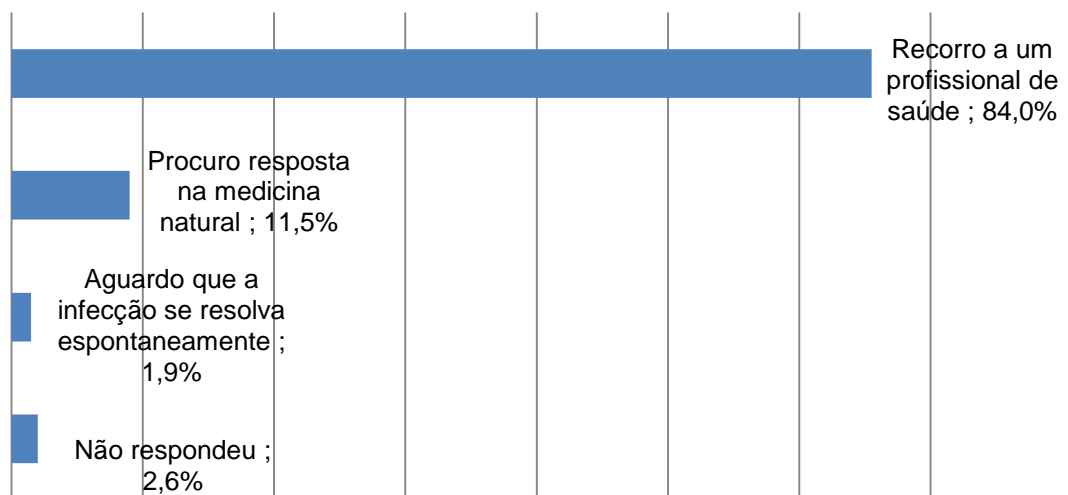
O cancro do colo do útero quando detetado tardiamente



APÊNDICE XXIV

Gráfico 19 – Distribuição dos dados de acordo com a atitude da mulher perante uma
infecção vaginal

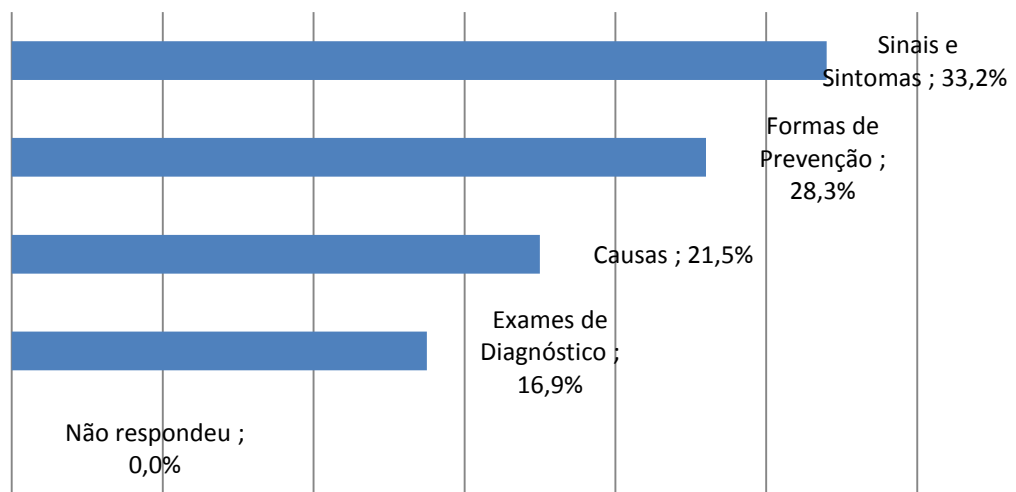
Sempre que se apercebe de uma infeção vaginal o que faz?



APÊNDICE XXV

Gráfico 20 – Distribuição dos dados de acordo com as dúvidas que gostariam de ver esclarecidas sobre o CCU

Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?



APÊNDICE XXVI

Tabela 1 – Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

| PROBLEMAS | CRITÉRIOS | | | | ORDEM |
|---|----------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-------|
| | Transcendência | Relação problema/fator de risco | Vulnerabilidade | Exequibilidade | |
| Défice de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU | + | + | + | + | 1 |
| Défice de conhecimentos relacionado com a sintomatologia do CCU | + | — | — | + | 2 |
| Défice de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU | + | + | + | + | 1 |

Tabela 1 – Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

APÊNDICE XXVII

Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ESTRATÉGIAS | ATIVIDADES |
|--|--|---|
| <p>1 – Desenvolver os conhecimentos da população sobre o HPV e a relação com o CCU.</p> <p>Domínio Cognitivo</p> | <p>Informar a população sobre o que é o HPV, as formas de transmissão e a relação HPV/cancro do colo do útero.</p> | <p>Sessão individual de educação para a saúde.</p> <p>Elaboração de folheto informativo.</p> <p>Elaboração de cartaz informativo para afixação.</p> |
| <p>2 – Consciencializar a população para os fatores de risco do HPV e CCU.</p> <p>Domínio Cognitivo</p> | <p>Ensinar à população quais os fatores de risco do HPV e CCU e as medidas de prevenção.</p> | <p>Sessão individual de educação para a saúde.</p> <p>Elaboração de folheto informativo.</p> <p>Elaboração de cartaz informativo para afixação.</p> |
| <p>3 – Sensibilizar a população para a importância da realização do rastreio do CCU.</p> <p>Domínio Cognitivo</p> | <p>Consciencializar e ensinar a população sobre a citologia ou teste de Papanicolau e o esquema de realização.</p> | <p>Sessão individual de educação para a saúde.</p> <p>Elaboração de folheto informativo.</p> <p>Elaboração de cartaz informativo para afixação.</p> |
| <p>4 – Sensibilizar a equipa de enfermagem da USF Sétima Colina para a temática do CCU</p> <p>Domínio Cognitivo</p> | <p>Promover os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre o HPV e CCU.</p> | <p>Ação de formação em serviço</p> |

APÊNDICE XXVIII

Plano operacional das atividades desenvolvidas

| ATIVIDADE | QUEM | QUANDO | ONDE | COMO | OBJETIVO A ATINGIR | AVALIAÇÃO |
|--|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|--|---|--|
| Sessão individual de educação para a saúde | Enfermeira mestrandia | Novembro e dezembro de 2013. | Gabinete da usf sétima colina. | 25 min. Com exposição do tema, entrega de folheto informativo e participação ativa da utente através do esclarecimento de dúvidas e colocação de questões. | <ul style="list-style-type: none"> •Aumentar os conhecimentos da população sobre o hpv e a relação com o ccu. •Aumentar os conhecimentos da população relacionados com os fatores de risco do hpv e do ccu. •Sensibilizar a população sobre o método de rastreio do ccu e as vantagens para a sua saúde em realizá-lo. | <p>1. Realização efetiva de sessões a 50% da população.</p> <p>Indicador de adesão</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de participantes} / n^{\circ} \text{ de convocadas}) \times 100$</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de sessões efetuadas} / n^{\circ} \text{ de sessões previstas}) \times 100$</p> <p>2. Que 50% da população responda corretamente às questões colocadas no final da sessão.</p> <p>Indicador de participação</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de pessoas que respondeu às questões} / n^{\circ} \text{ de participantes}) \times 100$</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de folhetos distribuídos} / n^{\circ} \text{ de sessões realizadas}) \times 100$</p> |

| ATIVIDADE | QUEM | QUANDO | ONDE | COMO | OBJETIVO A ATINGIR | AVALIAÇÃO |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Ação de formação em serviço | Enfermeira mestrandia | 10 de janeiro de 2014 | Sala de reuniões da usf sétima colina | 50 min. De exposição e projeção de diapositivos com participação ativa da equipa de enfermagem, seguida de discussão entre os participantes. | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipa de enfermagem da usf sétima colina para a temática do ccu. | <p>Que 50% da equipa de enfermagem esteja presente na ação de formação.</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de ações realizadas} / n^{\circ} \text{ de ações previstas}) \times 100$</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de enfermeiros presentes} / n^{\circ} \text{ total de enfermeiros da equipa de enfermagem da usf sétima colina}) \times 100$</p> <p>Que 50% da equipa de enfermagem participe na avaliação da ação de formação.</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de enfermeiros que respondeu ao questionário de avaliação} / n^{\circ} \text{ de enfermeiros participantes}) \times 100$</p> |

| ATIVIDADE | QUEM | QUANDO | ONDE | COMO | OBJETIVO A ATINGIR | AVALIAÇÃO |
|--|----------------------|-----------------------|---|--|--|--|
| Sessão de grupo de educação para a saúde | Enfermeira mestranda | 29 de janeiro de 2014 | Sala de formação da obra social das irmãs oblatas | <p>Sessão com 1 hora de duração, dividida em duas partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª parte com 25 min. De duração, na qual as participantes respondem a 5 questões sobre hpv através de um método participante; • 2ª parte com 35 min. De duração, com exposição do tema, projeção de diapositivos e participação ativa das utentes através do esclarecimento de dúvidas e colocação de questões. | <p>Capacitar este grupo de mulheres para a aquisição de comportamentos preventivos do hpv e ccu.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 3 mulheres participem na sessão. <p>Indicador de adesão</p> $\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes previstas}} \right) \times 100$ <p>(nº de sessões efetuadas/nº de sessões previstas) × 100</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 50% da população responda corretamente às questões colocadas no final da sessão. <p>Indicador de participação</p> $\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas que respondeu às questões}}{\text{n}^\circ \text{ de participantes}} \right) \times 100$ |

APÊNDICE XXIX

Plano das sessões individuais de EpS

PLANO DA SESSÃO INDIVIDUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO – Mulheres com idades entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF Sétima Colina

LOCAL DE REALIZAÇÃO – USF Sétima Colina

DATA – Novembro e Dezembro de 2013






DURAÇÃO – 25 min.

FORMADORA – Enfª Maria de Jesus Pires

MATERIAL DE APOIO – Folheto informativo sobre HPV e CCU

OBJETIVO GERAL – Capacitar a população para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS – Que a população seja capaz de:

-  Identificar o que é o HPV e os modos de transmissão;
-  Indicar a relação existente entre HPV e CCU;
-  Identificar os fatores de risco do HPV;
-  Indicar as medidas de prevenção da infeção pelo HPV;
-  Identificar o exame de rastreio do HPV, para que serve, quando se deve iniciar e com que regularidade se deve realizar.

| ETAPAS | CONTEÚDOS | MÉTODOS | DURAÇÃO | TÉCNICA |
|------------------------|--|--------------------------|---------|---------------------------|
| Apresentação | <ul style="list-style-type: none"> Formador Tema Objetivos da sessão individual de educação para a saúde | Expositivo | 5 min. | Participação ativa |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Definição de HPV; Modos de transmissão; Relação entre HPV e CCU; Fatores de risco do HPV; Medidas de prevenção da infeção pelo HPV; Método de rastreio do HPV: citologia ou teste de Papanicolau; quando deve iniciar-se e com que regularidade deve realizar-se. | Expositivo Interativo | 10 min. | |
| Conclusão | Esclarecimento de dúvidas sobre HPV e CCU | Expositivo Interativo | 5 min. | Esclarecimento de dúvidas |
| Avaliação | Formulação de algumas questões sobre HPV e CCU | Interrogativo | 5 min | Perguntas |

APÊNDICE XXX

Folheto informativo sobre o CCU

**A PREVENÇÃO É A MELHOR
ESTRATÉGIA PARA EVITAR O CANCRO
DO COLO DO ÚTERO.**

CUIDE DA SUA SAÚDE.

**VISITE REGULARMENTE O SEU MÉDICO
DE FAMÍLIA E FAÇA O RASTREIO DO
CANCRO DO COLO DO ÚTERO.**



h1740010 fotosearch.com.br

ACES LISBOA CENTRAL USF SÉTIMA COLINA

Rua Angelina Vidal, 73
Telefone: 218108010
Horário: 2ª a 6ª feira; 8h – 20h

Realizado por:
Enfª Maria de Jesus Pires

Orientação:
Profª Doutora Lourdes Varandas
Enfª Esp. Saúde Comunitária
Dina Pinto

Outubro, 2013

IV Curso de Mestrado em Enfermagem
/ Área de Especialização em
Enfermagem Comunitária



ACES LISBOA CENTRAL

USF SÉTIMA COLINA



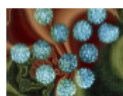
CANCRO DO COLO DO ÚTERO

**CAPACITAR PARA
PREVENIR**

Vírus do Papiloma Humano (HPV)

O HPV é responsável por várias doenças, entre as quais o cancro do colo do útero.

Este vírus transmite-se, na maioria das vezes, por via sexual, estimando-se que seja das infeções de transmissão sexual mais frequentes.



As infeções pelo HPV, habitualmente não apresentam sintomas, desaparecendo espontaneamente. Podem, no entanto, originar lesões benignas, denominadas verrugas, e nalguns casos, podem evoluir para cancro, em especial, cancro do colo do útero.

HPV e Cancro do Colo do Útero

Para que se desenvolva o cancro do colo do útero, é necessária a ocorrência de uma infeção persistente pelo HPV.



O cancro do colo do útero é o 2º cancro mais comum nas mulheres, a nível mundial.

Em Portugal, estima-se que ocorram cerca de 1000 novos casos todos os anos.

Medidas de Prevenção

- Uso do preservativo.
- Citologia ou teste de Papanicolaou.
- Vacinação.
- Adoção de estilos de vida saudáveis.



Rastreio do Cancro do Colo do Útero

A citologia ou teste de Papanicolaou é o método de rastreio indicado para a deteção precoce das alterações do colo provocadas pelo HPV. Inicia-se três anos após as primeiras relações sexuais.

A citologia repete-se anualmente, durante três anos; se o resultado se mantiver negativo, repete-se de três em três anos.

APÊNDICE XXXI

Cartaz informativo para a população sobre o HPV e CCU

Vírus do Papiloma Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero

O vírus do papiloma humano é responsável por várias doenças, entre as quais, o cancro do colo do útero.

O HPV transmite-se, na maioria das vezes, por via sexual, estimando-se que seja das infeções de transmissão sexual mais frequentes.



Para que se desenvolva o cancro do colo do útero, é necessária a ocorrência de uma infeção persistente pelo HPV.

O cancro do colo do útero é o 2º cancro mais comum nas mulheres, a nível mundial.

Em Portugal, estima-se que ocorram cerca de 1000 novos casos todos os anos.

Baixa imunidade, início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, predisposição genética e tabagismo são alguns fatores de risco para a infeção pelo HPV.

A citologia ou teste de Papanicolaou é o método de rastreio mais adequado para a deteção precoce das alterações do colo provocadas pelo HPV.

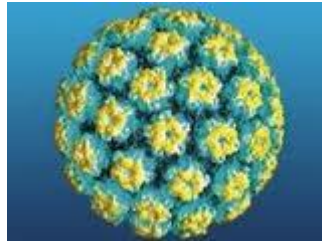


ACES Lisboa Central
USF Sétima Colina
Enfª Maria de Jesus Pires

APÊNDICE XXXII

Cartaz de divulgação da ação de formação em serviço

ACES LISBOA CENTRAL
USF SÉTIMA COLINA



VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV) E CANCRO DO COLO DO ÚTERO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Realização:

MARIA DE JESUS PIRES

Aluna do IV Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária

DATA: 10 de Janeiro de 2014

HORA: 12H30

LOCAL: Sala de reuniões

USF Sétima Colina

APÊNDICE XXXIII

Plano da formação em serviço

PLANO DE AÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO – VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV) E CANCRO DO COLO DO ÚTERO – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA E DURAÇÃO – 10 de Janeiro de 2014 – 50 min. **HORA** – 12h 30 min.

LOCAL DE REALIZAÇÃO – Sala de reuniões da USF Sétima Colina

POPULAÇÃO ALVO – Equipa de enfermagem da USF Sétima Colina

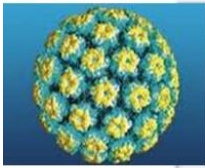
MATERIAL DE APOIO – Projetor, computador, diapositivos

OBJETIVO – SENSIBILIZAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM DA USF SÉTIMA COLINA PARA A TEMÁTICA DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

| | CONTEÚDOS | MÉTODOS | TEMPO | AVALIAÇÃO |
|-----------------|--|--------------------------|---------|--|
| Introdução | Apresentação da formadora; tema, objetivo e estrutura da sessão. | Expositivo | 5 min. | Participação ativa do grupo |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">➤ Definição de HPV;➤ Relação entre HPV e cancro do colo do útero;➤ Formas de transmissão do HPV;➤ Características da infeção pelo HPV;➤ Fatores de risco do HPV;➤ Medidas de prevenção: prevenção primária e secundária;➤ Intervenção do enfermeiro na prevenção das infeções pelo HPV e no cancro do colo do útero. | Expositivo Interativo | 35 min. | |
| Conclusão | Síntese dos principais aspetos focados durante a sessão. | Expositivo Interativo | 10 min. | Aplicação de questionário de avaliação da sessão |

APÊNDICE XXXIV

Diapositivos da ação de formação em serviço



ACES Lisboa Central
USF Sétima Colina

Vírus do Papiloma Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero

Intervenção de Enfermagem

Maria de Jesus Pires

IV Curso de Mestrado de Enfermagem /Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Orientação:

Profª Doutora Lourdes Varandas

Dina Pinto – Enfª Especialista de Enfermagem Comunitária

10 de Janeiro 2014



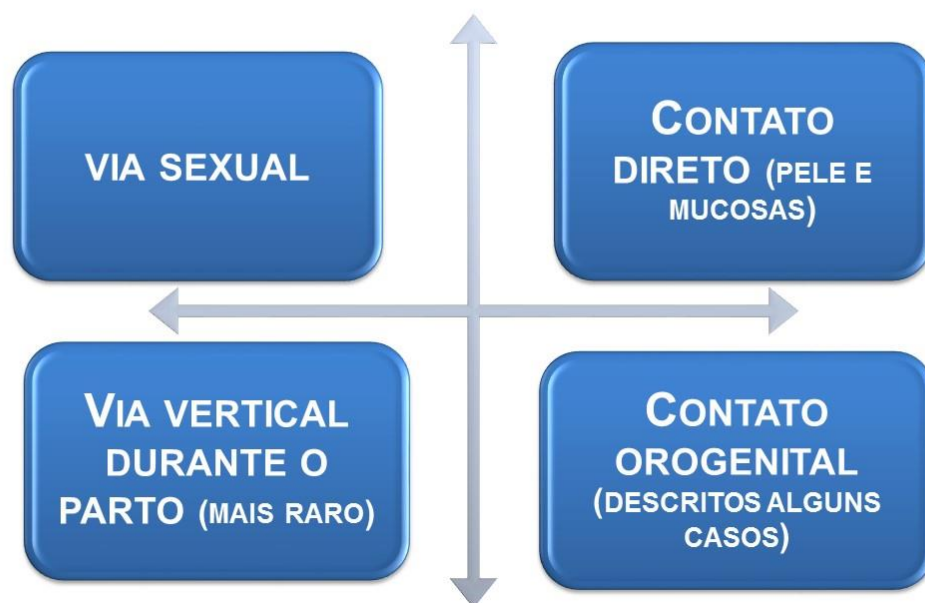
Estrutura da Sessão

- **Definição de HPV;**
- **Relação entre HPV e cancro do colo do útero;**
- **Formas de transmissão do HPV;**
- **Caraterísticas da infeção pelo HPV;**
- **Fatores de risco do HPV;**
- **Medidas de prevenção: prevenção primária e secundária;**
- **Intervenção do enfermeiro na prevenção das infeções pelo HPV e no cancro do colo do útero.**

HPV



FORMAS DE TRANSMISSÃO



RELAÇÃO HPV/CANCRO DO COLO DO ÚTERO

PARA QUE SE DESENVOLVA CCU É NECESSÁRIA A OCORRÊNCIA DE UMA INFECÇÃO PERSISTENTE PELO HPV.

99,7% DOS CANCROS CERVICAIS ESTÃO ASSOCIADOS À INFECÇÃO PERSISTENTE POR ESTIRPES DE ALTO RISCO ONCOGÉNICO DO HPV.



O CCU é o 2º tipo de cancro mais comum nas mulheres, a nível mundial.



Em Portugal, estima-se que ocorram cerca de 1000 novos casos todos os anos.



Estão identificados mais de 200 tipos de HPV, cerca de 40 infetam a vulva, vagina, colo do útero, pénis e áreas perianais.

TIPOS DE HPV

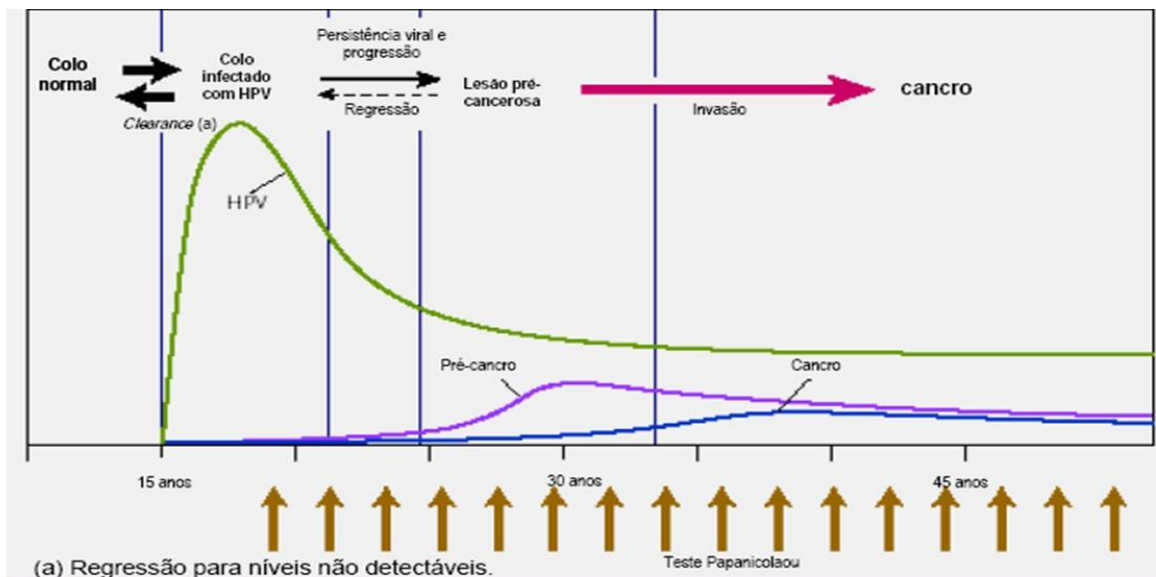
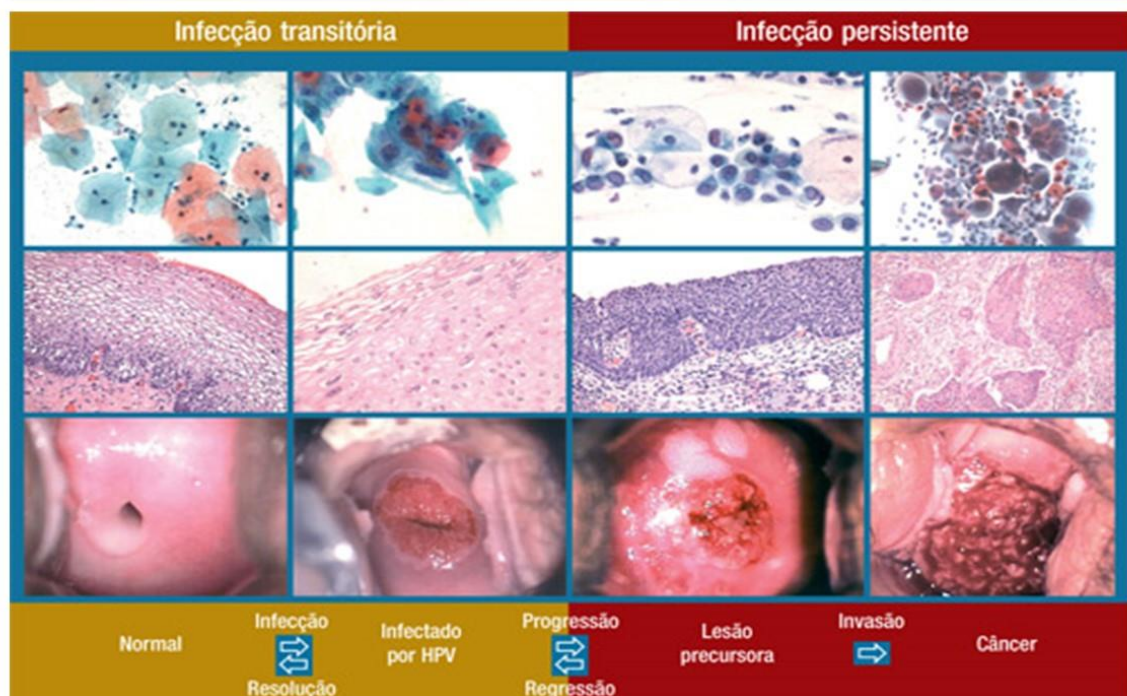
HPV DE BAIXO RISCO

- Tipos 6 e 11 (mais frequentes)
- Responsáveis pelas verrugas genitais ou condilomas (lesões benignas)

HPV DE ALTO RISCO

- Tipos 16, 18, 31, 33 e 45
- Hpv 16 e 18 (os de maior potencial oncogénico) são responsáveis por 70% a 75% dos casos de ccu

CARCINOGÊNESE DO COLO DO ÚTERO



Nas mulheres, a prevalência máxima de infecções transitórias por tipos carcinogénicos do HPV (linha verde), tem lugar na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, após o início da actividade sexual. A prevalência máxima de lesões pré-cancerosas tem lugar aproximadamente 10 anos mais tarde (linha lilás) e a de doença invasiva, nomeadamente CCU, por volta dos 40 a 50 anos de idade (linha azul). A prevenção do CCU, baseia-se num programa de rastreios citológicos, incluindo o teste de Papanicolaou (Pap) e a colposcopia (setas castanhas).

Figura 2: História natural da infecção por HPV e do cancro do colo do útero (CCU). (Adaptado de: Runowicz, 2007).

FATORES DE RISCO



Doenças de transmissão sexual



Múltiplos parceiros sexuais



Má nutrição



Tabagismo

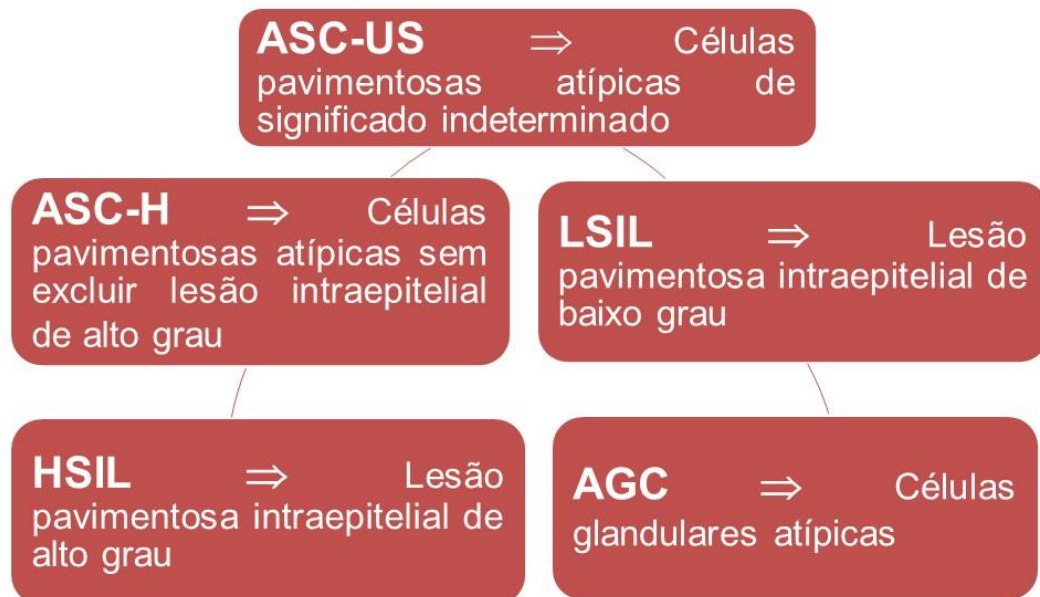


Baixa imunidade



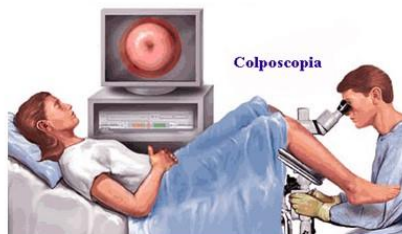
Início precoce da atividade sexual

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS



ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

Referenciar para
consulta de
COLPOSCOPIA



CITOLOGIA INSATISFATÓRIA relacionada com colheita deficiente:
Repetir citologia ao fim de 3 meses; se o mesmo resultado se mantiver, é de suspeitar de dificuldade técnica na colheita por alterações anatómicas(septo vaginal, estenose do orifício externo do canal cervical, por exemplo).

Referenciar para Unidade de
Patologia Cervical

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

CITOLOGIA COM ALTERAÇÕES CELULARES REATIVAS ASSOCIADAS A INFLAMAÇÃO:



Relacionada habitualmente com alterações sem caráter oncológico



Também pode estar associada à presença de lesões de neoplasia intraepitelial ou de carcinoma invasivo



Mulheres com resultado citológico repetido de alterações reativas associadas a inflamação, devem ser encaminhadas para consulta de Colposcopia.

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

ASC-US Células Pavimentosas Atípicas de Significado Indeterminado



Está recomendada a avaliação diagnóstica que pode ser feita de 3 formas:

- Detecção de HPV de alto risco (opção favorecida pela relação custo/benefício);
- Colposcopia;
- Repetição de citologia aos 6 meses(só deve ser considerada esta opção se não houver disponibilidade de colposcopia imediata).

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

ASC-H células pavimentosas atípicas sem excluir lesão intraepitelial de alto grau



Referenciar para colposcopia

A prevalência de lesões de CIN 2 nas mulheres com este diagnóstico citológico ronda os 50%.

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

LSIL – Lesão Pavimentosa Intraepitelial de Baixo Grau



Referenciar para colposcopia

85% das mulheres com este diagnóstico
apresentam teste positivo para o HPV

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

HSIL – Lesão Pavimentosa Intraepitelial de Alto Grau



Realizar colposcopia de imediato

Só cerca de 0,5% dos esfregaços citológicos apresentam este diagnóstico.

70% a 75% destas mulheres têm lesões histológicas de CIN 2 e CIN 3 e 1% a 4% têm carcinoma invasivo.

ATUAÇÃO PERANTE UMA CITOLOGIA ALTERADA

AGC – Células Glandulares Atípicas



- Avaliação diagnóstica imediata por colposcopia;
- Estudo do endocolo;
- Eventual estudo da cavidade endometrial.

As células glandulares atípicas ocorrem em cerca de 0,2% de todos os esfregaços.
Estão associadas a lesões pavimentosas e glandulares de alto grau em 38% dos casos.

TRATAMENTO DA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (CIN)

Métodos destrutivos

- DIATERMOCOAGULAÇÃO;
- VAPORIZAÇÃO LASER CO₂;
- CRIOCOAGULAÇÃO (CRIOTERAPIA)

Métodos excisionais

- CONIZAÇÃO “A FRIO”;
- CONIZAÇÃO COM ANSA DIATÉRMICA;
- CONIZAÇÃO COM AGULHA DIATÉRMICA;
- CONIZAÇÃO COM LASER CO₂

MÉTODOS DESTRUTIVOS

DIATERMOCOAGULAÇÃO

Procedimento em que é utilizada ponta em forma de bola, cuja capacidade de destruição em profundidade não ultrapassa 2-3 mm, razão pela qual deve ser evitado.

VAPORIZAÇÃO LASER CO₂: método usado sob visualização colposcópica, com profundidade de destruição dependente da técnica utilizada pelo operador. Por ser um método de grande precisão deve ser o preferido.

MÉTODOS DESTRUTIVOS

CRIOCOAGULAÇÃO (CRIOTERAPIA)

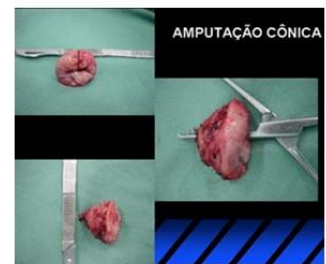
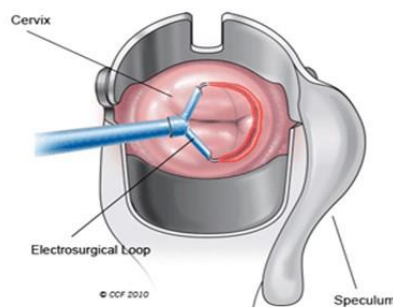
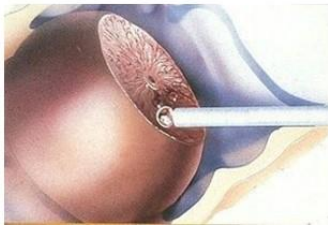
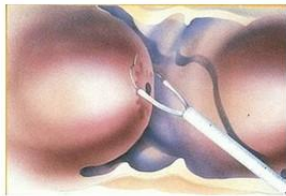


Método de tratamento em que é utilizada sonda que se aplica diretamente sobre a zona de transformação efetuando a sua destruição por congelação a uma profundidade de 3-4 mm.

MÉTODOS EXCISIONAIS

CONIZAÇÃO

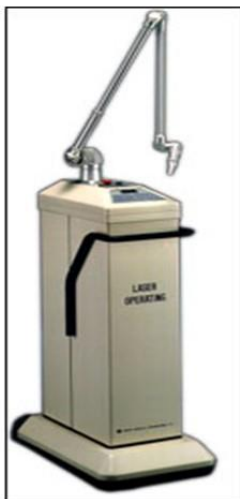
Excisão de um fragmento do colo em forma de cone, em peça única, incluindo toda a lesão.



MÉTODOS EXCISIONAIS

CONIZAÇÃO COM LASER CO2

Método mais dispendioso que permite o controle da excisão da peça operatória, quer em profundidade quer em largura.



CONDILOMA / CIN 1

Método Terapêutico

CONIZAÇÃO

Realiza-se nas seguintes situações:

- Idade superior a 35 anos;
- Discordância entre citologia/colposcopia/biópsia;
- Lesões extensas;
- Lesão central;
- Persistência por mais de 2 anos;
- Doença recorrente;
- Impossibilidade de seguimento.

CONDILOMA / CIN 1

Se houver concordância entre citologia/colposcopia/biópsia deve fazer-se vigilância clínica regular.



Citologia e colposcopia a cada 6 meses durante 2 anos

ou

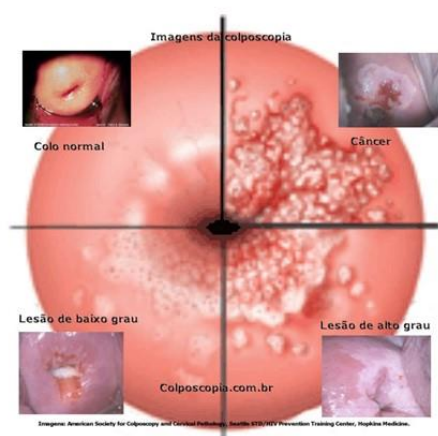
Citologia e teste de HPV aos 12 meses.

Se houver agravamento, deve tratar-se a lesão com método excisional.

CIN 2 /CIN 3

MÉTODO TERAPÊUTICO

CONIZAÇÃO



ADENOCARCINOMA IN SITU

DIAGNÓSTICO

REALIZADO EM PEÇA DE CONIZAÇÃO

TRATAMENTO

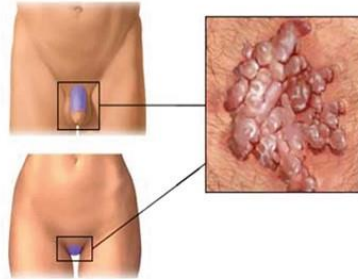
HISTERECTOMIA TOTAL (elevado risco de presença de adenocarcinoma in situ no colo restante)



CONDILOMAS

Envolvem a vulva, o períneo e a região periana; mais raramente atingem a vagina e o colo do útero.

São causados pelos vírus HPV de baixo risco 6 e 11.



Diagnóstico clínico

Na presença de lesões condilomatosas extensas ou multifocais e recidivantes, deve realizar-se a serologia de outras DTS (HIV 1, HIV 2, sífilis, hepatite B e C).

CONDILOMAS

TRATAMENTO MÉDICO (em lesões limitadas em mulheres jovens)

- Ácido tricloroacético a 70%/80%;
- Podofilino (contraindicado nas grávidas);
- Imiquimod (contraindicado nas grávidas após a 32ª semana)

TRATAMENTO CIRÚRGICO (indicado em lesões extensas e recidivantes)

- Vaporização LASER CO2 (preferencial)
- Electodermia;
- Excisional(situações raras).

VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV) E CANCRO DO COLO DO ÚTERO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



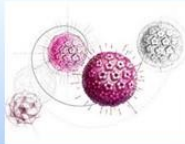
- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



- VACINAÇÃO



- PREVENÇÃO SECUNDÁRIA



VACINAÇÃO

Vacina tetravalente;
Confere imunidade para os hpv de alto risco 16 e 18 e para os hpv de baixo risco 6 e 11;
Esquema de vacinação recomendado: 0, 2 e 6 meses.

Vacina bivalente;
Confere imunidade para os hpv de alto risco 16 e 18;
Esquema de vacinação recomendado: 0, 1 e 6 meses.



PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

**RASTREIO
ORGANIZADO**



Considerado uma medida de saúde pública, deve abranger toda a população nacional. Tem como finalidade reduzir a mortalidade por cancro do colo do útero.

Segundo as guidelines europeias, deve ser iniciado entre os 25 e os 30 anos e terminar aos 65 anos, com uma periodicidade de 3 a 5 anos.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

**Rastreio do cancro
do colo do útero**



Realização de
citologia/ teste de
Papanicolau

O rastreio inicia-se 3 anos após o início da atividade sexual.

Realiza-se anualmente durante os primeiros 3 anos.

Se a citologia se mantiver negativa, repete-se de 3 em 3 anos.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA



Vigilância médica periódica e realização de exames de rotina



Vacinação preventiva contra o HPV



Redução de consumo de substâncias tóxicas e nocivas para o organismo (tabaco, álcool, drogas)

PREVENÇÃO PRIMÁRIA



Adoção de práticas sexuais seguras



Uso de preservativo



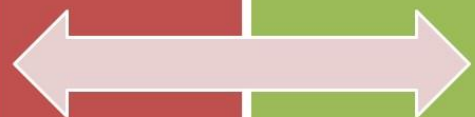
Redução do nº de parceiros sexuais



Diminuição da precocidade de início da atividade sexual



Bons hábitos de higiene



PREVENÇÃO PRIMÁRIA



• Alimentação saudável



• Atividade física



APÊNDICE XXXV

Plano da sessão de grupo de EpS

PLANO DA SESSÃO DE GRUPO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

POPULAÇÃO ALVO – Mulheres em situação de prostituição atendidas na instituição social

LOCAL DE REALIZAÇÃO – Sala de formação da instituição social

DATA – 29 de Janeiro de 2014






DURAÇÃO – 1 hora

FORMADORA – Enfª Maria de Jesus Pires

MATERIAL DE APOIO – Folheto e cartaz informativo sobre HPV e CCU; diapositivos.

OBJETIVO GERAL – Capacitar este grupo de mulheres para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-  Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre HPV e CCU;
-  Sensibilizar estas mulheres para os fatores de risco do HPV;
-  Consciencializar este grupo de mulheres para a importância de comportamentos sexuais seguros na prevenção da infeção pelo HPV;
-  Indicar as medidas de prevenção da infeção pelo HPV;
-  Consciencializar estas mulheres para a realização do rastreio do CCU e para a vigilância periódica da sua saúde.

1ª PARTE

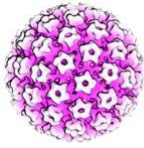
| ETAPAS | CONTEÚDOS | MÉTODOS | DURAÇÃO | TÉCNICA |
|------------------------|---|--------------|---------|--------------------|
| Apresentação | <ul style="list-style-type: none"> Formador; Tema; Explicação do modo como vai decorrer a 1ª parte da sessão, indicando o que se pretende. | Expositivo | 5 min. | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Formação de grupos, conforme o número de participantes; Distribuição pelos grupos de 5 pequenos cartões de cartolina, cada um com uma questão sobre o HPV: <ul style="list-style-type: none"> O que é o vírus do papiloma humano (HPV)? Como se transmite o vírus HPV? Quais os fatores de risco para o HPV? Quais as medidas de prevenção para o HPV? O que é a citologia ou teste de Papanicolaou? Solicitação às participantes para responder às questões, escrevendo-as em folhas de papel, através da troca de ideias e opiniões entre elas, de modo a que se sintam envolvidas no desenrolar da sessão; | Participante | 15 min. | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> Convidar as participantes a escrever as respostas às questões num quadro branco. | Interativo | 5 min. | Participação ativa |

2ª PARTE

| ETAPAS | CONTEÚDOS | MÉTODOS | DURAÇÃO | TÉCNICA |
|------------------------|--|--------------------------|---------|--------------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Tema • Objetivos da sessão de educação para a saúde em grupo | Expositivo | 5 min. | |
| Desenvolvimento | <p>Apresentação de diapositivos e imagens sobre o tema, dando resposta às questões colocadas na 1ª parte da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de HPV; • Modos de transmissão; • Relação entre HPV e CCU; • Fatores de risco do HPV; • Medidas de prevenção da infeção pelo HPV; • Método de rastreio do CCU: citologia ou teste de Papanicolau; | Expositivo Interativo | 20 min. | |
| Conclusão | <p>Síntese dos principais aspetos focados durante a sessão; Esclarecimento de dúvidas sobre HPV e CCU.</p> | Expositivo Interativo | 10 min. | Participação ativa |

APÊNDICE XXXVI

Diapositivos da sessão de grupo de EpS



ACES Lisboa Central - USF Sétima Colina

Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero Capacitar para Prevenir

Maria de Jesus Pires

IV Curso de Mestrado de Enfermagem /Área de Especialização Enfermagem
Comunitária

Orientação:

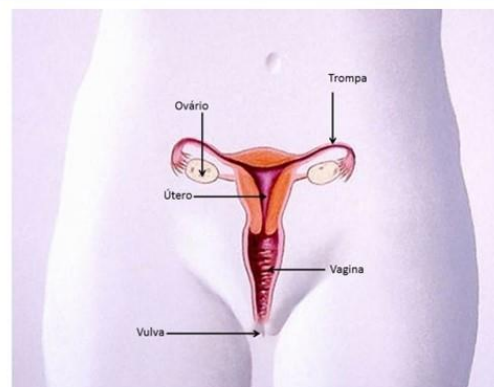
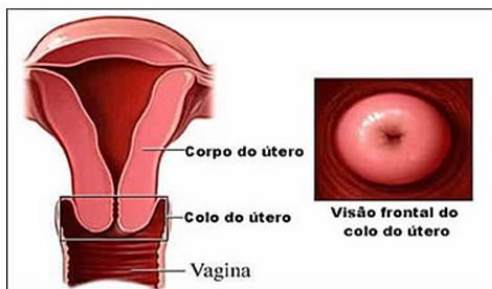
Profª Doutora Lourdes Varandas

Dina Pinto – Enfª Especialista de Enfermagem Comunitária

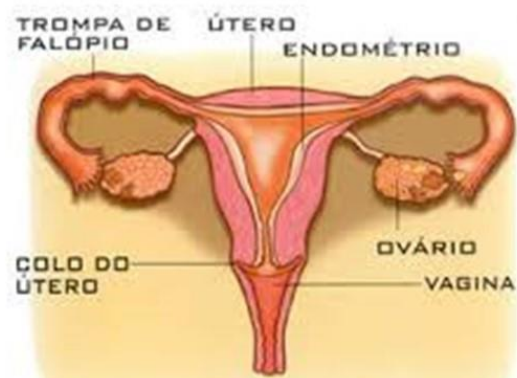
29 de Janeiro 2014



VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)



- Vírus responsável por várias doenças, entre elas, o cancro do colo do útero;
- As infeções pelo HPV habitualmente não provocam sintomas e podem desaparecer espontaneamente.
- O HPV aparece em ambos os sexos.



Formas de transmissão



TIPOS DE VÍRUS HPV

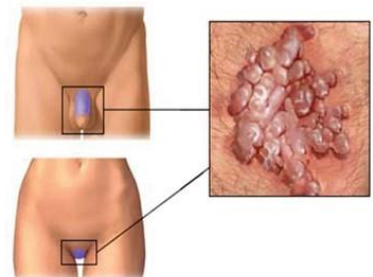
HPV DE ALTO RISCO

Vírus mais agressivos. Originam lesões pré-malignas que vão evoluindo, até chegar a cancro do colo do útero.



HPV DE BAIXO RISCO

Originam lesões benignas, chamadas verrugas genitais. Afetam a vulva, o períneo e o pénis; mais raramente atingem a vagina e o colo do útero.



FATORES DE RISCO



Doenças de
transmissão
sexual



Múltiplos
parceiros
sexuais



Desnutrição



Tabagismo



Baixa
imunidade



Início precoce
da atividade
sexual

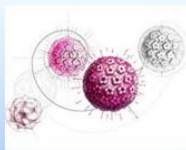
MEDIDAS DE PREVENÇÃO



• VACINAÇÃO



• EXAME DE RASTREIO

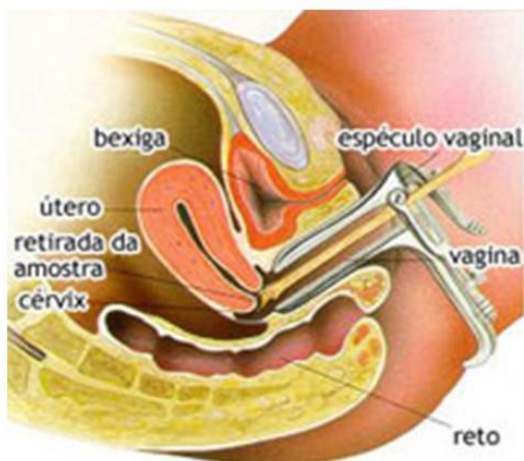


VACINAÇÃO

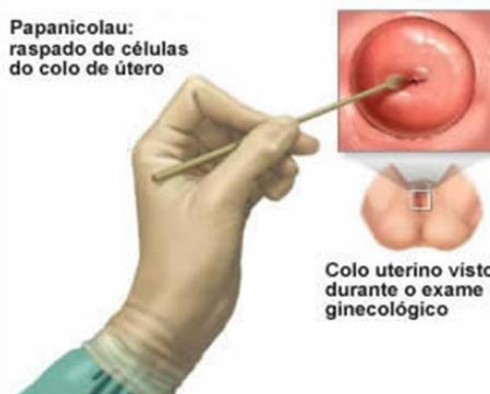


EXAME DE RASTREIO

Citologia ou teste de Papanicolaou: diagnostica precocemente as alterações do colo do útero provocadas pelo vírus HPV.



Papanicolaou:
raspado de células
do colo de útero



Colo uterino visto
durante o exame
ginecológico

EXAME DE RASTREIO

**Citologia /teste
de Papanicolau**

O rastreio inicia-se 3 anos após o início da atividade sexual.

Realiza-se anualmente durante os primeiros 3 anos.

Se a citologia se mantiver negativa, repete-se de 3 em 3 anos.



MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Vigilância médica periódica;
Realização de exames de rotina.



Vacinação preventiva contra o HPV.



Redução de consumo de substâncias nocivas para o organismo: tabaco, álcool, drogas.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Adoção de comportamentos sexuais seguros.



Relações sexuais protegidas (uso do preservativo).



Redução do número de parceiros sexuais.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



- **Iniciar o mais tardiamente possível a atividade sexual**



- **Bons hábitos de higiene corporal e dos órgãos genitais externos.**

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



- Alimentação variada com alimentos de todos os grupos que constituem a roda dos alimentos.



- Praticar exercício físico: caminhar ao ar livre, por exemplo.



MUITO OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO

APÊNDICE XXXVII

Avaliação das sessões individuais de EpS

| ATIVIDADE | METAS | INDICADORES DE AVALIAÇÃO | RESULTADOS | AVALIAÇÃO |
|---|--|---|--|---------------------|
| Sessão Individual de Educação para a Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 50% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e quais as medidas de prevenção; • Que pelo menos 50% da população saiba indicar três fatores de risco do CCU; • Que pelo menos 50% da população saiba identificar qual o método de rastreio do CCU e com que regularidade deve ser realizado; • Que pelo menos 50% da população saiba qual a relação existente entre o HPV e CCU. | <p>Atividade</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de sessões individuais de EpS efetuadas} / n^{\circ} \text{ de sessões de EpS previstas}) \times 100;$</p> <p>Adesão</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de participantes que aceitou participar nas sessões} / n^{\circ} \text{ total de participantes}) \times 100;$</p> <p>Participação</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de participantes que respondeu às questões} / n^{\circ} \text{ de participantes}) \times 100;$</p> <p>$(n^{\circ} \text{ de folhetos distribuídos} / n^{\circ} \text{ de ações individuais de EpS}) \times 100.$</p> | <p>Atividade</p> <p>$(120:144) \times 100 = 83,3\%$</p> <p>Adesão</p> <p>$(120:144) \times 100 = 83,3\%$</p> <p>Participação</p> <p>$(120:144) \times 100 = 83,3\%$</p> <p>$(120:120) \times 100 = 100\%$</p> | Obejetivo Alcançado |

APÊNDICE XXXVIII

Avaliação da ação de formação em serviço

| ATIVIDADE | METAS | INDICADORES DE AVALIAÇÃO | RESULTADOS | AVALIAÇÃO |
|------------------------------------|--|---|--|---------------------------|
| Ação de formação em serviço | <ul style="list-style-type: none"> • Que 50% da equipa de enfermagem da usf sétima colina participe na ação de formação; • Que 50% da equipa de enfermagem participe na avaliação da ação de formação. | <p>Atividade</p> <p>(nº de ações realizadas/ nº de ações previstas) × 100.</p> <p>Adesão</p> <p>(nº de enfermeiros presentes/ nº de enfermeiros da equipa de enfermagem da usf sétima colina) × 100.</p> <p>Participação</p> <p>(nº de enfermeiros que respondeu ao questionário de avaliação/ nº de enfermeiros participantes) × 100.</p> | <p>Atividade</p> <p>(1:1) × 100 = 100%</p> <p>Adesão</p> <p>(6:8) × 100 = 75%</p> <p>Participação</p> <p>(6:6) × 100 = 100%</p> | Objetivo alcançado |

APÊNDICE XXXIX

Avaliação da sessão de grupo

| ATIVIDADE | METAS | INDICADORES DE AVALIAÇÃO | RESULTADOS | AVALIAÇÃO |
|---|--|--|--|--------------------|
| Sessão de grupo de educação para a saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 3 mulheres participem na sessão. • Que pelo menos 50% da população responda corretamente às questões colocadas no final da sessão. | <p>Atividade</p> <p>$(N^{\circ} \text{ de sessões efetuadas} / N^{\circ} \text{ de sessões previstas}) \times 100$</p> <p>Adesão</p> <p>$(N^{\circ} \text{ de participantes} / N^{\circ} \text{ de participantes previstas}) \times 100$</p> <p>Participação</p> <p>$(N^{\circ} \text{ de pessoas que respondeu às questões} / N^{\circ} \text{ de participantes}) \times 100$</p> | <p>Atividade</p> <p>$(1:1) \times 100 = 100\%$</p> <p>Adesão</p> <p>$(2: 3) \times 100 = 66,6\%$</p> <p>Participação</p> <p>$(2:2) \times 100 = 100\%$</p> | Objetivo alcançado |